А.А.Ткаченко,
Г.Е.Введенский, Н.В.Дворянчиков

СУДЕБНАЯ СЕКСОЛОГИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

А.А.Ткаченко,
Г.Е.Введенский, Н.В.Дворянчиков

СУДЕБНАЯ СЕКСОЛОГИЯ



МОСКВА
"МЕДИЦИНА"
2001

УДК 340.61:343.54
ББК 56.14
Т 48

Рецензенты: *Васильченко Г.С.* — руководитель Федерального научно-методического центра сексологии и сексопатологии, проф.; *Полубинская С.В.* — ст. науч. сотр. Института государства и права РАН, канд. юрид. наук.

Федеральная программа книгоиздания России

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Су-
Т48 дебная сексология. — М.: Медицина, 2001. — 560 с.: ил.
ISBN 5-225-04637-1

Издание представляет собой первое отечественное руководство, отражающее современные методологические и методические подходы к проведению судебных сексологических и комплексных экспертных исследований в соответствии с теоретическими и правовыми основами экспертизы в России. Это целостное освещение предмета психиатрической экспертизы (с участием сексолога) и проблематики, связанной с юридически значимыми сексуальными расстройствами. Изложены стратегия и тактика исследований в конкретных юридически значимых ситуациях: экспертизе обвиняемых и потерпевших, при самоубийствах, в гражданском процессе и т.д. Цель — оптимизация процедуры экспертного исследования, объективизация достоверности принимаемых решений, обоснование разделения компетенции между экспертами смежных дисциплин.

Для психиатров, сексологов, психологов, юристов-криминологов и работников правоохранительных органов.

Tkatchenko A.A., Vvedensky G.E., Dvoryantchikov N.V. Fo-
T48 rensic Sexology. — Moscow, Medicina, 2001. — 560 p.: il.
ISBN 5-225-04637-1

Edition presents the first home manual, reflecting modern methodological and methodical approaches to conducting forensic sexological and complex expert evaluations according to theoretical and legal bases of the evaluation in Russia. The work represents complete elucidation of the subject of forensic evaluation with the participation (of a sexologist) and the problems associated with legally significant sexual disorders. Described are the strategy and tactics of the evaluation in concrete legally significant situations: expertases of the accused and victims, in suicides and in civil proceedings et cet. It is aimed at the optimizing of the procedure of expert evaluation, objectivism of the authenticity of verdicts done, grounding of competence distribution between neighbouring discipline experts.

It is intended for sexologists, psychiatrists, psychologists, criminologists and law-enforcement agency personnel.

ББК 56.14

ISBN 5-225-04637-1

Оглавление

Часть III. Частная судебная сексология

Список сокращений

АСПЭК — амбулаторная судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ДМО — диагностика межличностных отношений
ИРЗ — инверсия рефлексогенных зон
КССПЭ — комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза
ЛОД — метод локального отрицательного давления
МИФ — метод исследования маскулинности и фемининности
ПНД — психоневрологический диспансер
РЕ — Риса—Айзенка индекс
РМД — регионарные морфологические дисплазии
РПИ — расстройства половой идентичности
СМЭ — судебно-медицинская экспертиза
СПЭ — судебно-психиатрическая экспертиза
СПЭК — судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ТИ — трохантерный индекс
УФР — условно-физиологический ритм
ЦТО — цветовой тест отношений
ЭАК — электрическая активность кожи
НЛП — нейролингвистическое программирование
КФД — комплекс фиксированных движений
М/Ф — маскулинность/фемининность
АРД — акцептор результата действия

Предисловие

Руководство представляет чрезвычайный интерес, поскольку отражает первую в мировой литературе попытку систематизации практического опыта судебно-сексологической работы и ее теоретического осмысления. Прошлые издания, например «Судебная сексология» З. Старовича или вышедшее в США в 1994 г. «Руководство по судебной сексологии» под редакцией Д.Д. Кривакски и Дж. Мани, не отвечают тем требованиям, которые обычно предъявляются к руководствам как к исчерпывающим весь объем необходимых для практической деятельности знаний трудам и, к тому же, отражают опыт стран, чьи правовые и организационные базы не совпадают, подчас значительно, с отечественной.

Однако и российский опыт в этой области до сегодняшнего дня не был сведен воедино. Достаточно сказать, что в фундаментальном трехтомном руководстве по сексопатологии экспертные вопросы затронуты в применении только к одной из возможных юридических ситуаций. Его авторы сознавали, что для более развернутого выступления необходимо владеть в достаточной степени именно экспертными приемами. Однако это объяснялось и тем, что в тот момент сексологические знания были практически не востребованы правом, а решение экспертных вопросов, подразумевающих компетенцию сексолога, было отдано на откуп судебным медикам и психиатрам, иногда заведомо не обладающим необходимым объемом познаний. За прошедшие 15 лет ситуация изменилась коренным образом. Понимание обществом того, что сексология является особой наукой и самостоятельной клинической дисциплиной, привело к тому, что требования, предъявляемые к привлекаемым к экспертной деятельности специалистам, резко возросли. Одновременно стало очевидно и то, что потенциальные возможности сексологии в этом смысле значительно шире, нежели представлялось ранее, а круг экспертных ситуаций, где сексологическая компетенция реально необходима, чрезвычайно разнообразен.

Создание данной книги, несомненно, было связанно с преодолением целого ряда трудностей иного порядка. Например, это различие между отечественной классификацией сексуальных расстройств и международными подходами к их типологизации, отражающее кардинально противоположные подходы. Авторы удачно разрешают эту проблему, детально комментируя систематику психосексуальных расстройств в МКБ-10 в сопоставлении с принятой отечественной их классификацией, что позволяет сохранить те преимущества, которые предоставляет национальная традиция.

Другой проблемой является то своеобразное положение психосексуальных расстройств, которое они занимают среди расстройств психических. Не секрет, что вообще сексологическая проблематика долгое время находится на «периферии» психиатрического сознания. Достаточно упомянуть современное 2-томное «Руководство по психиатрии», где психосексуальные расстройства вовсе не удостоились внимания, хотя связь сексуальных расстройств и психической патологии, их взаимное патогенетическое и патопластическое влияние несомненны. В предлагаемом руководстве эта дилемма разрешается наиболее оптимальным образом. Совмещая последовательный психопатологический анализ изучаемых явлений, с одной сторо-

ны, и системный сексологический подход с другой, авторы предоставляют читателю всестороннее рассмотрение юридически значимых сексуальных расстройств в приложении к определенным правовым ситуациям. Значительно расширяются возможности объективного решения экспертных задач и за счет взаимодействия клинических подходов с релевантными психологическими методами исследования.

Особого внимания заслуживают методические новации, предлагаемые в данной книге. Во-первых, необходимость модификации исследовательской процедуры, ставшей стандартной для сексологии, вытекает из специфики судебно-сексологической практики, где возможности ее использования в неизменном виде существенно ограничены. Во-вторых, характер задач, решаемых в судебной сексологии, диктует потребность в разработке новых методов клинической и психологической объективизации принимаемых решений. При этом разработанные авторами и описываемые ими в книге не использовавшиеся ранее методы клинического, психологического и психофизиологического обследования представляют ценность и для общесексологической практики.

Отдельного упоминания заслуживает и раздел, затрагивающий осуществление мер медицинского характера в отношении лиц с аномальным сексуальным поведением, так как в столь развернутом виде соответствующая терапевтическая стратегия представлена впервые. Остается надеяться, что освещение этих вопросов устранит тот терапевтический нигилизм и скептицизм, который господствует в профессиональных кругах по отношению к данному контингенту больных до сего дня.

В целом же рецензируемая книга представляет собой фундаментальное пособие не только для специалистов, непосредственно участвующих в экспертной деятельности, но и для врачей-психиатров, сексологов и психологов, а также работников правоохранительных органов. Можно считать, что основная цель, поставленная авторами, достигнута — создана теоретическая основа как осуществляемой в настоящее время судебно-сексологической практики, так и дальнейшего развития судебной сексологии.

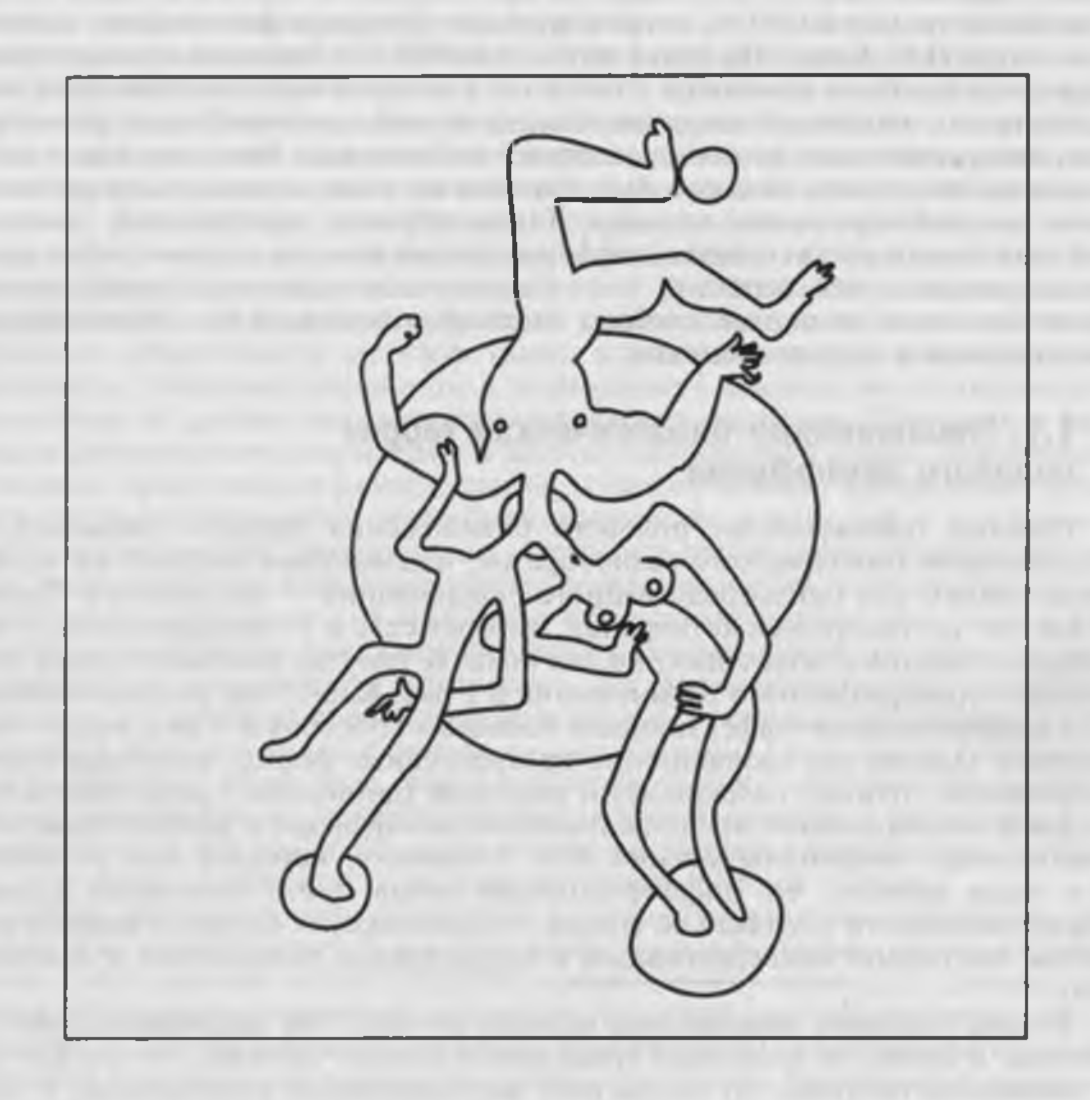
Руководитель Федерального научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии

Профессор Г.С. Васильченко

На шмуцтитулах использован рисунок С. Эйзенштейна из графического цикла «Безумные видения».

Часть I

Методологические основы судебной сексологии



Глава 1

Эволюционные и онтогенетические основы полового диморфизма

Постановка вопроса о сексологии как отдельной науке в России стала возможной только в 1981 г., когда в журнале «Вопросы философии» появилась статья И.С. Кона «На стыке наук», а в 1984 г. в Большой медицинской энциклопедии была помещена его статья, в которой «сексология» была определена как *междисциплинарная область знаний, охватывающая философские, социологические, правовые, а также медицинские, биологические и психологические аспекты полового диморфизма в его связи с различными проявлениями жизнедеятельности человека.* Таким образом, центральной проблемой сексологии стала половая дифференциация во всем многообразии взаимосвязанных с ней аспектов — от биологических до социальных, в том числе правовых, познание которых стало невозможным без обращения к эволюционным ее первоосновам.

1.1. Эволюционно-биологическая теория полового диморфизма

Главные преимущества полового размножения принято связывать с обеспечением генетического разнообразия, подавлением вредных мутаций, препятствием для близкородственного скрещивания — инбридинга. Однако все это результат оплодотворения, которое есть и у гермафродитов, а не дифференциации (разделения) на два пола. К тому же комбинаторный потенциал гермафродитного размножения в 2 раза выше, чем раздельнополого, а количественная эффективность бесполых способов в 2 раза выше, чем половых. Однако все эволюционно прогрессивные формы животных (млекопитающие, птицы, насекомые) и растений (двудомные) раздельнополы. Вскрыть эволюционное значение полового диморфизма и реализующие его генетические механизмы удалось В.А. Геодакяну, который еще в начале 60-х годов заметил, что дифференциация полов — это экономная форма информационного контакта со средой, специализация по двум главным аспектам эволюции: консервативным и оперативным (сохранения и изменения).

Теория полового диморфизма исходит из того, что эволюционируют и система, и среда, но поскольку среда всегда больше системы, то она диктует эволюцию системы. От среды идет деградирующая информация, и поэтому система, чтобы лучше сохраниться, должна быть отдалена (в информационном смысле) от среды, что придает ей устойчивость и стабильность. Но от среды идет и полезная информация о том, как нужно меняться. Для получения такой информации надо быть «поближе» к среде для достижения чувствительности и лабильности.

В принципе для системы возможны два решения этого конфликта: быть на некотором оптимальном «расстоянии» от среды или разделиться на две сопряженные подсистемы — консервативную и оперативную, первую «убрать подальше» от среды, чтобы сохранить имеющуюся информацию, а

вторую «приблизить» к среде для получения новой информации. Второе решение повышает общую устойчивость системы, поэтому часто встречается среди эволюционирующих, адаптивных, следящих систем (независимо от их конкретной природы) — биологических, социальных, технических и т.д. Согласно теории В.А. Геодакяна, именно в этом состоит эволюционная логика дифференциации полов. Бесполые формы «придерживаются» первого решения, раздельнополые — второго.

Если выделить два потока информации: генеративный (передача генетической информации от поколения к поколению, из прошлого в будущее) и экологический (информация от среды, из настоящего в будущее), то легко убедиться, что два пола по-разному участвуют в них. В эволюции пола на разных стадиях и уровнях организации появились механизмы, которые последовательно обеспечивали более тесную связь женского пола с генеративным (консервативным) потоком, а мужского — с экологическим (оперативным). Так, у мужского пола по сравнению с женским выше частота мутаций, меньше аддитивность наследования родительских признаков, уже норма реакции, выше агрессивность и любознательность, активнее поисковое, рискованное поведение и другие качества, «приближающие к среде». Все названные механизмы, целенаправленно «вынося мужской пол на периферию системы», обеспечивают ему преимущественное получение экологической информации. Другими особенностями системы являются огромная избыточность мужских гамет, их малые размеры и высокая подвижность, большая активность и мобильность самцов, их склонность к полигамии и другие эколого-психологические свойства. Длительные периоды беременности, кормления и заботы о потомстве у самок, фактически повышая эффективную концентрацию мужских особей, превращают мужской пол в «избыточный», стало быть, «дешевый», а женский — в дефицитный и более ценный. Это приводит к тому, что эволюционный отбор действует в основном за счет отстранения мужских особей, «избыточность» и «дешевизна» позволяют ему «работать» с бóльшими коэффициентами. В результате в популяции уменьшается число мужских особей, но бóльшие потенциальные возможности позволяют им оплодотворить все женские. Малое число мужских особей передает потомству столько же информации, сколько и большое число женских, иными словами, канал связи с потомством у мужского пола шире, чем у женского. Значит, генетическая информация, переданная по женской линии, репрезентативнее, а по мужской — селективнее, т.е. в женской линии полнее сохраняется прошлое разнообразие генотипов, в мужской — сильнее меняется средний генотип.

Любая раздельнополая популяция — элементарная эволюционирующая единица — характеризуется тремя основными параметрами: соотношением полов (отношением числа мужских особей к числу женских), дисперсией полов (отношением значений дисперсии признака, или его разнообразия, у мужских и женских особей), половым диморфизмом (отношением средних значений признака для мужского и женского полов). Приписывая женскому полу консервативную миссию, а мужскому — оперативную, теория связывает эти параметры популяции с условиями среды и эволюционной пластичностью вида.

В стабильной (оптимальной) среде, когда нет необходимости ничего менять, сильны консервативные тенденции и минимальна эволюционная пластичность. В движущей (экстремальной) среде, когда требуется повысить пластичность, усиливаются оперативные тенденции. У одних видов, например у низших ракообразных, эти переходы осуществляются переключением с одного типа размножения на другой (например, в оптимальных

условиях — партеногенетический, в экстремальных — раздельнополый). У большинства же раздельнополых видов эта регуляция плавная: в оптимальных условиях основные характеристики понижаются (падает рождаемость мужских особей, сужается их дисперсия, уменьшается половой диморфизм), а в экстремальных — растут (это экологическое правило дифференциации полов).

Экологический стресс вызывает их резкий рост, поэтому параметры популяции могут служить индикатором состояния экологической ниши. Согласно экологическому правилу, основные параметры должны расти при любых природных или социальных катаклизмах (сильные землетрясения, войны, голод, переселения и т.д.).

Генотип — это программа, которая в разных средах может реализоваться в один из целого спектра фенотипов (признаков), причем в онтогенезе реализуется один, самый подходящий для конкретной среды фенотип. Следовательно, генотип задает диапазон реализации, среда «выбирает» точку внутри этого диапазона, ширина которого и есть норма реакции, характеризующая степень участия среды в определении признака. Существуют два различия полов — по норме реакции (которая шире у женских особей) и сечению канала связи (шире у мужских особей).

Благодаря широкой норме реакции женских особей фенотипы, реализованные ими из одинаковых генотипов, более адаптивны, чем мужские, т.е. обладают повышенной онтогенетической пластичностью. Это позволяет им покинуть зоны отбора, попасть в зону комфорта и полнее сохранить спектр прошлых генотипов. Мужской же пол, оставаясь в опасных зонах, подвергается более интенсивному отбору, поэтому он в первую очередь претерпевает эволюционные изменения.

Более широкая норма реакции женского пола позволяет ему за счет модификационной пластичности покинуть зоны отбора, сохранить и передать потомству весь спектр исходных генотипов. Узкая норма реакции мужского пола заставляет его остаться в зонах элиминации и подвергнуться интенсивному отбору, поэтому мужской пол передает следующему поколению только узкую часть исходного спектра генотипов, максимально соответствующую условиям среды в данный момент. В стабилизирующей среде это средняя часть спектра, в движущей — край распределения. Интенсивный отбор уменьшает число мужских особей, но так как для образования зигот требуется равное число мужских и женских гамет, мужским особям приходится оплодотворять не одну женскую. Широкое сечение канала связи мужского пола это позволяет. Следовательно, в каждом поколении популяции яйцеклетки широкого разнообразия, несущие информацию о прошлом богатстве генотипов, сливаются со спермиями узкого разнообразия, генотипы которых содержат информацию только о самых подходящих свойствах для текущих условий среды. Таким образом, следующее поколение получает информацию о прошлом по материнской линии, а о настоящем — по отцовской. Если отцовская генетическая информация передается сыновьям и дочерям стохастически, то при оплодотворении она полностью смешается и половой диморфизм исчезнет. Но существуют механизмы, препятствующие полному смешению, благодаря чему некоторая доля этой информации попадет от отцов только к сыновьям и, значит, часть полового диморфизма сохранится у зигот. Например, только у сыновей будет информация из генов Y-хромосомы; по-разному проявляются гены у потомков в зависимости от их унаследования — от отца или матери. Без подобных барьеров трудно объяснить также доминирование отцовского генотипа у потомков от реципрокных скрещиваний. Все это позволяет считать, что до-

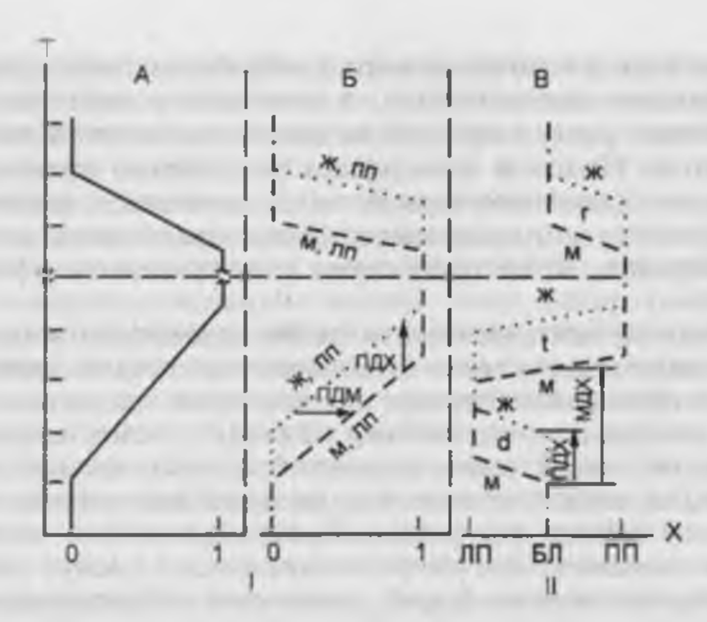


Рис. 1.1. Эволюция функции (признака); появление (внизу), утрата (вверху).

А — у бесполых форм. Асинхронная эволюция: Б — мужского (м) и женского (ж) пола, левого и правого полушария; В — центров управления функции в левом и правом полушарии у мужского и женского пола (доминирования).

X — среднепопуляционный генотип по признаку, или центра управления функции, ЛП — левополушарное доминирование; ПП — правополушарное доминирование; БЛ — билатеральное состояние; ПДМ — половой диморфизм; ПДХ — половой дихроизм; МДХ — мозговой дихроизм.

Фазы эволюции: d — дислокационная; t — транслокационная; r — релокационная; T — время. I — признак или функция; II — доминирование.

[Геодакян В.А., 1993]

статочно только различий полов по норме реакции и сечению канала связи, чтобы в движущей среде уже в одном поколении возник генотипический половой диморфизм, который при смене поколений будет накапливаться и расти.

Когда для вышеобозначенного признака стабилизирующая среда становится движущей, начинается эволюция признака у мужского пола, а у женского он сохраняется, т.е. наступает дивергенция признака — из мономорфного он превращается в диморфный.

Из нескольких возможных эволюционных «сценариев» позволяют выбрать единственный два очевидных факта: эволюционируют оба пола; существуют признаки как моно-, так и диморфные. Это возможно лишь в том случае, если фазы эволюции признака у полов сдвинуты по времени: у мужского изменение признака начинается и заканчивается раньше, чем у женского. При этом, согласно экологическому правилу, минимальная в стабилизирующей среде дисперсия признака расширяется с началом эволюции и сужается по ее завершении.

Траектория эволюции признака раздваивается на мужскую и женскую ветви (рис. 1.1), появляется и растет половой диморфизм. Это *дивергентная фаза*, в которой скорость эволюции и дисперсия признака больше у мужского пола. Через много поколений и у женского пола начинает расширяться дисперсия и меняться признак. Половой диморфизм, достигнув оптимума, остается постоянным. Это *параллельная фаза*: скорости эволюции признака и его дисперсии у обоих полов постоянны и равны. Когда у муж-

ского пола признак достигает нового, стабильного значения, дисперсия сужается и эволюция прекращается, а у женского пола еще продолжается. Это *конвергентная фаза*, в которой скорость эволюции и дисперсия больше у женского пола. Половой диморфизм постепенно уменьшается и, когда признак у полов становится одинаковым, исчезает, а дисперсии выравниваются и становятся минимальными. Этим завершается диморфная стадия эволюции признака, за которой снова следует мономорфная, или стадия стабильности.

Таким образом, вся филогенетическая траектория эволюции признака состоит из чередующихся моно- и диморфных стадий, наличие же самого диморфизма теория рассматривает как критерий эволюции признака.

Половой диморфизм по любому признаку тесно связан с его эволюцией: появляется с ее началом, сохраняется, пока она идет, и исчезает, как только эволюция заканчивается, т.е. половой диморфизм — следствие не только полового отбора, как считал Дарвин, но любого: естественного, полового, искусственного. Это непременная стадия (модус эволюции любого признака у раздельнополых форм), связанная с образованием «дистанции» между полами по морфологической и хронологической осям. Половой диморфизм и половой дихронизм — это два измерения общего явления — дихрономорфизма.

Вышесказанное В.А. Геодакян формулирует в виде *филогенетических правил полового диморфизма* и *дисперсии полов*: если по какому-либо признаку существует популяционный половой диморфизм, то признак эволюционирует от женской формы к мужской; если дисперсия признака больше у мужского пола — фаза дивергентная; если дисперсии равны — параллельная; если дисперсия больше у женского пола — фаза конвергентная. По первому правилу можно определить направление эволюции признака, по второму — ее фазу, или пройденный путь.

Если каждую из фаз филогенетического «сценария» спроецировать на онтогенез (по закону рекапитуляции, онтогенез — краткое повторение филогенеза), можно получить соответствующие им 6 (3 фазы в эволюционной стадии и 3 в стабильной: доэволюционная, послеэволюционная и межэволюционная) разных «сценариев» полового диморфизма в индивидуальном развитии. Дихронизм проявится в онтогенезе как возрастное запаздывание в развитии признака у женского пола, т.е. доминирование женской формы диморфного признака в начале онтогенеза и мужской — в конце. *Онтогенетическое правило полового диморфизма*: если по какому-либо признаку существует популяционный половой диморфизм, в онтогенезе этот признак меняется, как правило, от женской формы к мужской. Иначе говоря, признаки материнской породы с возрастом должны ослабевать, а отцовской — усиливаться. Подобная закономерность — возрастное запаздывание развития у женского пола по функциональной асимметрии мозга — выявлена S.F. Witelson (1976). Автор исследовала способности 200 праворуких детей узнавать предметы на ощупь левой и правой рукой и выяснила, что мальчики уже в 6 лет имеют правополушарную специализацию, а девочки до 13 лет — симметричную.

Вышеуказанные закономерности относятся к диморфным, эволюционирующим признакам. Но есть и мономорфные, стабильные закономерности, по которым в норме половой диморфизм отсутствует. Это фундаментальные признаки видового и более высоких рангов общности, такие как многоклеточность, теплокровность, общий для обоих полов план строения тела, число органов и т.д. По теории, если их дисперсия больше у мужского пола, то фаза доэволюционная, если у женского — послеэволю-

ционная. В последней фазе теория предсказывает существование «реликтов» полового диморфизма и дисперсии полов в патологии. «Реликт» дисперсии проявляется как повышенная частота врожденных аномалий у женского пола, а «реликт» полового диморфизма — в разной их направленности. *Тератологическое правило полового диморфизма*: врожденные аномалии атавистической природы чаще должны появляться у женского пола, а футуристической природы (поиск) — у мужского. Например, среди новорожденных детей со сверхнормативным числом почек, ребер, позвонков, зубов и т.д. — всех органов, претерпевших в ходе эволюции редукцию числа, должно быть больше девочек, а с нехваткой этих органов — мальчиков. Медицинская статистика это подтверждает: среди 2 тыс. детей, родившихся с одной почкой, примерно в 2,5 раза больше мальчиков, а среди 4 тыс. детей с тремя почками почти в 2 раза больше девочек. Такое распределение не случайно, оно отражает эволюцию выделительной системы. Следовательно, 3 почки у девочек — это возврат к предковому типу развития, атавистическое направление; 1 почка у мальчиков — футуристическое направление, продолжение редукционной тенденции. Аналогична и статистика по аномальному числу ребер, вывихам бедра, по распределению врожденных пороков сердца и магистральных сосудов. «Мужские» пороки чаще были новыми (поиск): ни в филогенезе, ни у эмбрионов они не имели аналогий.

Перечисленные правила охватывают диморфные признаки, присущие обоим полам. Фенотипический половой диморфизм по признакам, свойственным только одному полу, носит абсолютный, организменный характер, но наследственная информация о них записана в генотипе обоих полов, поэтому, если они эволюционируют, по ним должен существовать генотипический половой диморфизм, который можно выявить у реципрокных гибридов. По таким признакам (в числе других эволюционирующих) теория предсказывает направление реципрокных эффектов. У реципрокных гибридов по дивергирующим признакам родителей должна доминировать отцовская форма (порода), а по конвергирующим — материнская. Это эволюционное правило реципрокных эффектов, которое позволяет выявить бо́льшую генотипическую продвинутость мужского пола даже по сугубо женским признакам. Такое, казалось бы, парадоксальное предсказание теории полностью подтверждается: в одной и той же породе быки генотипически «удойнее» коров, а петухи более «яйценоски», чем куры, т.е. эти признаки передаются преимущественно самцами.

Сформулированные правила дают особый метод для эволюционных исследований по всем признакам раздельнополых форм. Поэтому наибольшую ценность этот метод представляет для изучения таких признаков эволюции человека, как темперамент, интеллект, функциональная асимметрия мозга, вербальные, пространственно-зрительные, творческие способности, юмор и другие психологические свойства, к которым традиционные методы не применимы.

Нет принципиальной разницы в эволюции морфофизиологических и психологических или поведенческих признаков. Широкая норма реакции женского пола обеспечивает ему более высокую, чем у мужского пола, пластичность (адаптивность) в онтогенезе. Это относится и к психологическим признакам. Отбор в зонах дискомфорта у мужского и женского пола идет в разных направлениях: благодаря широкой норме реакции женский пол может «выбраться» из этих зон за счет воспитуемости, обучаемости, конформности, т.е. в общем — за счет адаптивности. Для мужского пола такой путь закрыт из-за узкой нормы реакции. Женщины приспосабливаются к ситуации, мужчины выходят из нее, найдя новое решение; дис-

комфорт стимулирует поиск. Поэтому мужчины охотнее берутся за новые, требующие поиска, неординарные задачи (часто выполняя их вчерне), а женщины лучше доводят решение знакомых задач до совершенства.

Если овладение речью, письмом, любым ремеслом рассмотреть в эволюционном аспекте, можно выделить фазу поиска (нахождения новых решений), освоения и фазу закрепления, совершенствования. Мужское преимущество в первой фазе и женское — во второй выявлены в специальных исследованиях.

Итак, специализация женского пола по сохранению генетической информации, а мужского — по ее изменению достигается гетерохронной эволюцией полов. Следовательно, пол — это не столько способ размножения, как принято считать, сколько способ асинхронной эволюции.

Если по количественному признаку нет различий между полами, то распределение его значений в популяции часто представляют в виде гауссовой кривой. Две крайние области такого распределения и есть зоны патологии — «плюс» и «минус» отклонения от нормы, в каждую из которых мужские и женские особи попадают с равной вероятностью. Но если половой диморфизм существует, то у каждого пола признак распределяется по-своему, образуются две раздвинутые на величину полового диморфизма кривые. Поскольку они остаются внутри общепопуляционного распределения, то одна зона патологии окажется обогащенной мужскими особями, другая — женскими. Так же объясняется характерная для населения почти всех стран мира «половая специализация» многих других болезней.

По теории, должны существовать и два противоположных типа психических болезней, связанных с авангардной ролью мужского пола и арьергардной — женского. Патология, которая сопровождается недостаточной асимметрией мозга, малыми размерами мозолистого тела и большими передней комиссуры, должна в 2—4 раза чаще встречаться у женщин, а аномалии с противоположными характеристиками — у мужчин. Роль авангарда принадлежит мужчинам и в подверженности некоторым «новым» болезням — атеросклерозу, раку, шизофрении, СПИДу.

1.2. Эволюционная теория асимметрии мозга

Мозг у позвоночных — парный орган. Его разделение на два полушария обусловлено билатеральным планом строения тела, симметрией сенсорных и моторных функций. Каждая половина тела связана с противоположным полушарием мозга (более слабые, эволюционно молодые, ипсилатеральные связи играют второстепенную роль). Доминируюшие контралатеральные связи позволяют определить ведущее полушарие по превосходству или предпочтению органов той или другой стороны, по скорости или качеству выполнения функции.

Считается, что все парные органы человека (легкие, почки, яичники, семенники) функционально симметричны, выполняют идентичные функции и можно обходиться только одним органом, а полушария мозга в этом отношении представляют исключение [Harris L.S., 1978] — функции их различны (подробно см. главу 8).

В.А. Геодакян (1993) исходит из того, что функциональные признаки организма, как и морфологические, будучи тесно связанными с условиями среды, в конечном счете определяются ими. Свойства симметрии не являются исключением, ее развитие в процессе земной эволюции обусловлено анизотропией экологической ниши, прежде всего гравитацией (поляриза-

ция низ—верх), выгодами активного поступательного движения в поисках пищи (поляризация вперед—назад), локализацией в головной части тела рецепторов и мозга. В результате у билатеральных форм утрачены центр и оси симметрии, а от бесконечного множества плоскостей симметрии шара остается только одна — медианная, делящая организм на левую и правую половины. Если считать, что прогрессивная эволюция сопровождалась закономерной утратой симметрии — асимметризацией, а эволюция шла от симметрии к асимметрии, и в этом смысле латеральная симметрия прогрессивных форм есть последний бастион симметрии, который штурмует асимметрия, тогда латеральная асимметрия — эволюционно самая молодая, развитие которой ликвидирует последнее направление симметрии и создает трехмерно асимметричную структуру.

Растущее число фактов, свидетельствующих о широком распространении латеральной асимметрии у прогрессивных форм (праворукость, морфофункциональная асимметрия мозга человека, асимметричный череп китов, однополушарный сон дельфинов, тесные связи асимметрии с полом, направление полового диморфизма и т.д.), позволило В.А. Геодакяну высказать гипотезу о том, что современные прогрессивные формы переходят к новому типу — триаксиальной асимметрии. Итак, латерализация, как и другие асимметрии (верх — низ, голова — тело), является специализацией левой и правой сторон организма и имеет адаптивное значение, хотя до сих пор и неясно какое. С проблемой асимметрии тесно связана еще одна фундаментальная загадка билатеральности, а именно перекрест нервных путей (ипси- и контрасвязей).

Каждое полушарие мозга получает информацию главным образом от противоположной половины тела и управляет этой половиной, т.е. управляющие, информационные связи полушарий с половинами тела реализованы по контралатеральной схеме. В филогенезе этот перекрест появился, видимо, одновременно с билатеральным строением организмов; его смысл остается неясным. В отличие от информационных энергетические связи (кровеносные сосуды) не перекрещены, т. е. имеют ипсилатеральную схему. Казалось бы, ипсисхема проще, чем контрасхема, однако эволюция пошла на усложнение. Гипотеза В.А. Геодакяна объясняет эволюционный смысл перекреста.

Если допустить, что с улучшением кровоснабжения мозга может улучшиться управление, то образуется отрицательная обратная связь, обеспечивающая симметричность (соразмерность) рук. Следовательно, перекрест нервных путей — отрицательная обратная связь, обеспечивающая латеральную симметрию организма. Все это позволило высказать гипотезу, что в изоморфных системах половой и латеральной дифференциации контрапути («мужская» X-хромосома, нервный перекрест) осуществляют отрицательные обратные связи, поддерживающие равновесные оптимумы полового и латерального диморфизма. Тогда как ипсипути (Y-хромосома, «женская», — X-хромосома и неперекрещенные нервные связи), имеющие характер положительных обратных связей, играют роль регулятора, переключателя оптимума (как в холодильнике). Первые сохраняют существующее равновесие, вторые приводят к новому, поэтому тесно связаны с эволюцией. При переходе от билатеральной симметрии к триаксиальной асимметрии появляются эволюционно более молодые, чем контра-, пока слабые, но, по всей видимости, прогрессирующие ипсилатеральные связи. Такую точку зрения можно подкрепить эволюцией зрительных ипсипутей, которые действительно прогрессируют, более продвинуты у мужчин и обусловливают их лучшие пространственно-зрительные способности [Спрингер С., Дейч Г., 1984].

Правая—левая стороны относятся к сопряженным системам (например, нуклеиновые кислоты — белки; аутосомы — гоносомы; ядро — цитоплазма; гаметы — сома; женский — мужской пол и т.д.). Информационное обособление подсистем означает, что между ними существует барьер, препятствующий полному смешению информации. Локализация новой, экологической информации в оперативной подсистеме равносильна асинхронной эволюции подсистем с одновременным появлением асимметрии между ними, т.е. эволюция оперативной подсистемы начинается и кончается раньше, чем консервативной.

По аналогии с эволюционной теорией пола В.А. Геодакян строит и эволюционную теорию асимметрии (латерализации) мозга. Она удовлетворяет следующим граничным условиям:

- исходная точка: когда нет еще функции (органа, признака), не может быть и центра управления ею в мозге, поэтому не может быть и асимметрии доминирования полушарий;
- конечная точка: когда функция в филогенезе утрачивается, элиминируется, исчезают и центры управления ею, и асимметрия доминирования.

Между исходной и конечной точками симметрии развертывается процесс асинхронно-асимметричной эволюции доминирования.

1.3. Асинхронная эволюция пола и мозга

Еще в прошлом веке J. Crichton-Brown высказал гипотезу, что тенденция к асимметрии двух полушарий сильнее у мужчин. Позже противоположную гипотезу высказали A. Buffery и J. Gray (1972). В настоящее время подавляющее большинство авторов поддерживают первую гипотезу и сходятся на том, что латерализация полушарий четче выражена у мужчин. Например, J. Levy (1978) считает, что женский мозг подобен мозгу мужчины-левши, т.е. характеризуется пониженной по сравнению с мужчиной-правшой асимметрией полушарий. В большом критическом обзоре, посвященном специально половым различиям асимметрии мозга, J. McGlone (1980) обсуждает два вопроса: 1) существуют ли значимые половые различия в асимметрии мозга по вербальным или пространственно-зрительным функциям? И если да, то 2) организован ли мозг одного пола более симметрично, чем мозг другого? Автор приходит к выводу, что «существует впечатляющий массив данных, позволяющих предположить, что мужской мозг может быть организован более асимметрично, чем женский, как по вербальным, так и невербальным функциям. Эти тенденции редко наблюдаются в детстве, но часто существенны для взрослого организма». Уже упоминавшаяся работа S.F. Witelson (1976) и ряд других исследований позволяют сделать заключение, что в онтогенезе, по крайней мере у человека, асимметрия мозга усиливается: она минимальна у новорожденных и становится четче с возрастом. Имеются сведения о половых различиях в механизмах формирования функциональной асимметрии на ранних этапах онтогенеза. Так, у мальчиков левое полушарие развивается медленнее, чем правое, а у девочек наблюдается противоположный паттерн становления полушарных функций. При этом левосторонняя функциональная асимметрия у девочек проявляется после 2 лет, а у мальчиков лишь к 5—6 годам [Коновалов В.Ф., 1987]. При исследовании новорожденных с различными формами поражений ЦНС анте- и интранатального генеза было выявлено преобладание у

мальчиков нарушений правосторонней, а у девочек левосторонней локализации [Батманова В.В. и др., 1976]. Споры идут о возрасте завершения латерализации. Одни считают, что она завершается в период полового созревания, когда утрачивается способность, находясь в соответствующем окружении, овладеть новым языком и говорить на нем без акцента [Lenneberg E.H., 1967]; другие полагают, что это происходит примерно к 5 годам, а третьи считают, что асимметрия закладывается еще раньше и мозг новорожденного по степени асимметрии не отличается от мозга взрослого человека [Клименко С.М., 1984]. Для объяснения половых различий было высказано несколько гипотез. D. Waber (1976) предположила, что они связаны не с полом как с таковым, а с разными темпами развития мужчин и женщин. Однако такая трактовка может объяснить в лучшем случае половой диморфизм у детей и подростков, но не у взрослых. J. Levy предположила, что в основе половых различий в латерализации лежат эволюционные факторы: мужчины занимались охотой и руководили переселениями, что и привело к лучшему развитию у них пространственных способностей, а вербальные превосходства женщин обусловлены тем, что они воспитывали детей, а это требует словесного общения. В упомянутых трактовках половой диморфизм по латерализации мозга обусловлен в основном чисто человеческими или социальными факторами. Однако существует немало данных, свидетельствующих о том, что половой диморфизм у животных отражается на латерализации мозга. Например, есть сообщения о большей степени асимметрии мозга у самцов по сравнению с самками у крыс, кошек, китов [Бианки В.Л., 1985; Walker S.F., 1980].

Некоторые исследователи называли правое полушарие «женским» мозгом, левое — «мужским» [Ten Houten, Warren D., Caplan C., 1973]. Некоторые авторы придерживаются позиции, что разница между мужским и женским мозгом касается только отдельных функций [Springer S., Deutsch G., 1983] и что можно говорить только о менее выраженной латеральности их у женщин [Коновалов В.Ф., Отмахова К.Н., 1984] и различии в способностях к восприятию отдельных видов информации [Вартанян И.А. и др., 1988; Kimura D., 1992].

R. Sperry (1966) выдвигает предположение о меньшей степени латеральной специализации женского мозга и о большем количестве связей между полушариями, что подтверждается данными о различиях в размерах мозолистого тела (его заднего отдела) у мужчин и женщин [De Lacost M.K., 1982]. В.Л. Бианки (1992) утверждает, что мозг самцов в функциональном отношении более дифференцирован и фокален за счет левого полушария, а самок — относительно более диффузен за счет правого полушария. Обнаружен половой диморфизм по соотношению длин левой и правой височных плоскостей [Wada J.A., Clark R., Hamm A., 1975].

Различия в церебральной организации между мужчинами и женщинами в разных областях мозга неодинаковы, т.е. наблюдается половой нейрональный мозаицизм — neural sexual mosaicism [Witleson S.F., 1991]. Отсюда вытекает, что эти различия могут быть обусловлены полом и имеют общие особенности функционирования разных, прежде всего передних и задних, отделов мозга. Так, показано, что у мужчин значительно чаще встречаются выраженные афазии и апраксии при поражении задних, а у женщин, наоборот, передних отделов левого полушария [Kimura D., Harshman R.A., 1984]. Если исходить из того, что относительно большее нарушение функций должно наблюдаться при локальном левополушарном повреждении (так как возможностей для функциональной компенсации дефекта за счет структур сохранного контралатерального правого полушария в такой систе-

ме существенно меньше), то данные факты могут свидетельствовать об относительно большей латерализованности у мужчин задних (височно-теменных), а у женщин — передних (лобно-центральных) корковых систем регуляции речи и произвольных действий [Елисеев А.В. и др., 1997].

Среди детей леворуких, заикающихся, косоглазых, дислектиков, невротиков, страдающих недержанием мочи и кала, на каждую девочку приходится от 4 до 8 мальчиков. Существует определенная зависимость между этими явлениями, и все они тесно связаны с асимметрией мозга. Например, при насильственном переучивании леворуких детей письму правой рукой у них часто наблюдаются перечисленные явления, умственная отсталость, неврозы, дефекты речи. Представления о половых различиях в работе мозга основаны прежде всего на результатах клинических и поведенческих исследований. При повреждениях левого полушария в результате кровоизлияния, опухоли или при оперативном удалении части височной доли по поводу эпилепсии дефицит вербальных функций у мужчин бывает гораздо больше, чем у женщин. Аналогичные повреждения правого полушария также приводят к большему дефициту функции невербального характера у мужчин по сравнению с женщинами [McGlone J., 1978]. Афазия вследствие повреждения левого полушария возникает у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин, и имеет более тяжелый характер. На этом основании был сделан вывод, что у женщин языковые и пространственные способности представлены более билатерально, чем у мужчин [McGlone J., 1980].

Важным представляется тот факт, что мозг в отличие от репродуктивных органов, дифференцировка которых альтернативна, бипотенциален, т.е. имеет возможность программирования поведения как по мужскому, так и по женскому типу. Существуют предположения, что «центр» мужского полового поведения расположен в правой части, а женского — в левой части гипоталамуса [Филиппов Б.Е., 1992]. При этом имеются две реципрокные нейрофизиологические системы — маскулинная и фемининная, одна из которых находится в активном, а другая в ингибированном состоянии [Dorner G., 1978].

Известно, что формирование отделов и функций головного мозга в онтогенезе происходит последовательно от стволовых структур, подкорковых образований к коре. По мнению некоторых авторов, именно асинхронная стволовая активация вышележащих образований обусловливает становление межполушарной асимметрии [Kinsbourne M., 1980]. Таким образом, необходимым условием нормального развития этих процессов на ранних этапах онтогенеза является интактность стволовых структур, наиболее сенситивных в этот период к различным патогенным факторам. Одна из основных функций этих отделов в формировании функциональной системы мозга — установление вектора от правого полушария к левому [Семенович А.В., 1991; Фролова Т., 1995].

Рассматривая роль подкорковых лимбических структур в организации сексуального поведения, можно отметить, что, судя по всему, именно на подкорковом уровне определяются основные («базисные») различия как в паттернах сексуальной активности, так и в соответствующих соматических признаках и характеристиках между особями мужского и женского пола. Эти различия в паттернах сексуального поведения обусловлены половой дифференцировкой ряда лимбических структур, способных на ранних этапах онтогенеза запечатлевать детерминирующее влияние половых стероидов и, в частности, некоторых ядер преоптической области, гипоталамуса и миндалевидного комплекса, которые контролируют секрецию половых гормонов и половое поведение [Акмаев И.Г., Калимуллина Л.Б., 1993].

Известно, что существуют половые различия в организации центров, регулирующих секрецию гонадотропинов. «Женский» центр локализован в преоптической (в медиальном преоптическом ядре) и переднегипоталамической (в переднем гипоталамическом ядре) области мозга, а «мужской» — в области аркуатного ядра. Выявлены половые различия в размерах ядер преоптической области мозга, некоторых ядер гипоталамуса и миндалевидного комплекса. В частности, у особей мужского пола отмечаются достоверно бо́льшие размеры сексдиморфного ядра преоптической области [Allen L.S. et al., 1989], медиальной задней области ядра ложа конечной полоски [Del Abril A. et al., 1987], ряда ядер кортикомедиальной группы миндалевидного комплекса [Акмаев И.Г., Калимуллина Л.Б., 1993; Mizukami S. et al., 1983], в то время как у особей женского пола выявлены значимо бо́льшие размеры некоторых ядер базолатеральной группы нейронов миндалины [Акмаев И.Г., Калимуллина Л.Б., 1993].

Половой диморфизм (две формы признака у мужского и женского пола) есть не что иное, как асимметрия (неодинаковость) признака у полов. В то же время латеральная асимметрия, например праворукость, не что иное, как латеральный диморфизм (две формы признака, или функции, у правой и левой половины тела). Если тип билатеральной симметрии назвать гомолатеральным, то, естественно, возникает идея существования и гетеролатерального типа. В.А. Геодакян (1993) сделал попытку предложить общую трактовку двух, казалось бы, разрозненных явлений: половой дифференциации популяции и латеральной — организма. Когда целое делится на две одинаковые (симметричные) части, вначале между ними нет никакой асимметрии. Последняя появляется, когда одна из частей изменяется — эволюционирует. Стало быть, явления асинхронии и асимметрии сопряжены. В результате асинхронной эволюции симметричной системы всегда возникает асимметрия, а превращение симметричной системы в асимметричную всегда означает асинхронную эволюцию подсистем.

Функции, управляемые оперативным полушарием, должны быть эволюционно «моложе», чем функции, управляемые консервативным полушарием. Согласно перечню «профессий» полушарий, оперативной подсистемой мозга является левое полушарие, консервативной — правое. Исходное состояние симметричное, а при возникновении новой функции в филогенезе доминирующий центр управления ею дислоцируется в левое полушарие. Пока мужской пол «осваивает» новую функцию, левое полушарие «осваивает» ее центр управления (см. рис. 1.1, Б, В). Функция остается левополушарной в течение мозгового (полушарного) дихроизма, сравнимого по длительности с его аналогом — половым дихроизмом. Следовательно, левое полушарие, как и мужской пол, является «экспериментальным» для эволюционно молодых функций. По прошествии полового дихроизма в левое полушарие дислоцируется доминирование и у женского пола. Этот переход от исходной билатеральности к левополушарности представляет *дислокационную фазу* эволюции функции. Через промежуток времени, равный мозговому дихроизму, у мужских особей происходит транслокация доминирования из левого полушария в правое. Со сдвигом на половой дихроизм то же самое наблюдается и у женских особей. Это *транслокационная фаза* эволюции, в результате которой центры управления функции оказываются у обоих полов в правом полушарии. Для «живых» функций эволюция на этом заканчивается. Если же функция в дальнейшем утрачивается (сперва у мужского пола, затем у женского), то ее центр управления элиминируется: по этой функции исчезает асимметрия и система возвращается снова к симметрии (конечной). Последняя фаза — *релокационная*. Следовательно,

критерием локализации функции в левом или правом полушарии является ее эволюционный «возраст». Новые эволюционно молодые функции локализованы в левом полушарии, а старые («зрелые») — в правом. Функции левого полушария (выдержавшие отбор) в будущем отойдут к правому, а все функции правого полушария когда-то в прошлом уже были присущи левому. Стало быть, доминирование нельзя относить к целому органу (рука, нога, глаз, ухо) или тем более к целому организму (правша, левша), а следует считать свойством *только отдельной функции* и характеризовать ее эволюционный возраст. Правостороннее доминирование органа (левополушарное управление) означает эволюционно молодой возраст данной функции, а левостороннее (правополушарное управление), наоборот, — старый.

В филогенезе каждой функции можно выделить переходы: дислокационный, когда исходная билатеральность превращается в левополушарность; транслокационный, когда левополушарность переходит в правополушарность; и для утрачиваемых функций — еще и релокационный, когда состояние мозга возвращается в конечную билатеральность. Тогда, по закону рекапитуляции, по возрасту наступления «проекции» этих переходов в мужском и женском онтогенезе можно определить соотношение мозгового и полового дихроизмов. Следовательно, правое—левое полушария можно характеризовать соответственно как консервативное—оперативное, биологическое—социальное, генетическое (по информации, передаваемой потомству через гаметы) — культурное (через культуру), видовое (универсальное, общее для разных этносов, культур) — этническое (национальное, личностное, индивидуальное), филогенетическое (постоянная память) — онтогенетическое (оперативная память), генеративное (внутреннее, обособленное от среды) — экологическое (внешнее, теснее связанное со средой).

Данная концепция латерализации, асимметрии мозга и рукости позволяет трактовать некоторые ранее непонятные факты с новых позиций. Подавляющее большинство специализированных функций полушарий укладывается в предложенную трактовку. Функции, присущие левому полушарию, действительно, эволюционно молоды (речь, письмо, самосознание, тонкие движения пальцев обеих рук, рационально-логическое, аналитическое и абстрактное мышление, арифметика, музыкальная композиция), а функции, связанные с правым полушарием, эволюционно старые (пространственно-зрительные, музыка, интонация речи, интуиция, грубые движения всей руки, конкретно-ситуационное мышление, эмбриональные). Но есть и такие функции, эволюционный возраст которых не так очевиден, например эмоции (отрицательные—положительные); понимание (пространства—времени, существительных—глаголов), высказывания (истинные—ложные). Как в филогенезе, так и в онтогенезе первые появляются раньше вторых. У новорожденных плач опережает улыбку, у котят жалобный писк предшествует мурлыканию, у щенят скуление начинается на 3 мес раньше виляния хвостом. Кроме того, при функциональном угнетении мозга отрицательные эмоции исчезают последними и восстанавливаются первыми [Денисова З.В., 1978]. Если вспомнить мышление и лексику детей или представителей молодых культур (дикарей), то легко убедиться, что понимание пространства проще, чем времени, существительных — проще, чем глаголов; истинные высказывания проще, чем ложные. Ориентация в пространстве приходит раньше, чем во времени; первые слова ребенка — существительные, лукавство и ложь появляются позже. Пространство цветов также, видимо, можно считать эволюционно новым приобретением. Персонажи «Илиады» и «Одиссеи» пользовались очень узким спектром цветовой гаммы.

Для подтверждения своей концепции В.А. Геодакян, выбирая для каждого органа явно старые и явно новые функции, попытался предсказать направление асимметрии мозга и ведущую сторону при выполнении этой функции. Во всех этих случаях теория предсказывает и половой диморфизм, который также отмечается, когда фиксируют зависимость от пола. Такие работы особенно информативны, так как дают возможность проверить одновременно обе теории — пола и мозга.

Поскольку эволюционные преобразования затрагивают прежде всего мужской пол, смена рукости в филогенезе (амбидекстрия — праворукость — леворукость) должна сопровождаться одновременным ростом в этих группах соотношения полов (доли мужчин). Такой прогноз теории тоже оправдывается. На каждую женщину приходится среди амбидекстров примерно 0,5, среди праворуких — 0,9, леворуких — 5 мужчин [Bryden M.P., 1987]. Из 51 шимпанзе по 591-му тесту выявлено предпочтение правой руки у 21 — они все были самцами [McNeilage P.F., 1987].

Согласно теории, правое полушарие биологическое (видовое), а левое — социокультурное (этническое). На основании этого можно предположить, что «степень левополушарности» (Л/П) в онтогенезе с возрастом должна расти и иметь минимальное значение в эмбриональной стадии развития, так как у эмбриона имеются биологические функции и нет еще социокультурных, что тоже соответствует действительности. Эмбриологи отмечали, что у многих видов левая сторона развивается обычно немного быстрее правой [Клименко С.М., 1984]. Установлен правополушарный контроль внутриутробного развития у человека [Walker S.F., 1980]. Еще одним доказательством этого является соотношение длин левой и правой височных плоскостей: у младенцев оно равно 1,64, а у взрослых — 1,82 [Wada J.A., Clark R., Hamm A., 1975].

Фило- и онтогенетический переход амбидекстрия — праворукость — леворукость позволяет предсказывать существование праворукой промежуточной фазы по всем функциям левой руки и отсутствие аналогичной леворукой фазы по функциям правой руки. Центры управления функций дислокационного возраста должны быть у женщин билатеральными, у мужчин — левополушарными; транслокационного возраста: у женщин — левополушарными, у мужчин — правополушарными; релокационного возраста: у женщин — правополушарными, у мужчин — билатеральными. Все это легко проверить в онтогенезе.

По любым признакам или функциям парных органов направление латерального диморфизма (левый — правый, а для полушарий правый — левый) должно совпасть с направлением полового диморфизма (женский — мужской). Если из двух левых половин портрета составить первое целое лицо, а из двух правых — второе, то первое будет больше похоже на мать и сестер, второе — на отца и братьев.

Таким образом, явления половой дифференциации и латеральной асимметрии изоморфны и оба являются следствием асинхронной эволюции подсистем, создающей «дистанцию» по хронологической оси (половой и латеральный дихроизм) и морфо-экологической оси (половой и латеральный диморфизм), поэтому по временной оси их подсистемы можно трактовать как «арьергард — авангард», а по морфо-экологической — как внутреннее, удаленное от среды, «генеративное стабильное ядро» и внешнюю, контактирующую со средой, «экологическую лабильную оболочку».

Оба явления, будучи тесно связанными с эволюцией, могут служить критерием эволюции, а эволюционируют только диморфные по полу и латеральности (асимметричные) функции, мономорфные (симметричные)

остаются стабильны. Оба популяционных вектора: и половой диморфизм (женский—мужской), и латеральный (левый—правый) для стороны тела или правый—левый для полушария — показывают направление эволюции. В обоих случаях соотношение дисперсий подсистем по каждой функции обозначает фазу ее эволюции, или «возраст» эволюционирующей функции. Эволюционный смысл обоих явлений состоит в локализации риска: поиск, проверка, отбор новых признаков и функций в оперативной подсистеме до их передачи и закрепления в консервативной. Оба явления представляют собой адаптивную специализацию, поэтому имеют свой оптимум и механизмы регуляции. Латерализация — закономерный процесс, продолжающий эволюционную «логику ряда», последовательности типов симметрии (шаровая — радиальная — билатеральная) и создающий последний тип того же эволюционного ранга — триаксиальной асимметрии, в соответствии с гипотезой В.А. Геодакяна.

Болезни и аномалии развития парных органов, имеющие «атавистическую» природу, чаще должны встречаться у женщин (соматические — слева; мозговые, психические, — справа), а «футуристические» («поиск», болезни века, цивилизации, урбанизации), напротив, у мужчин (соматические — справа, психические — слева) и т.д. Считается, что у мужчин более уязвимо доминирующее полушарие, чаще отмечаются психические нарушения, зависимые от его поражения, такие, например, как аутизм; у женщин же чаще развиваются аффективные расстройства.

1.4. Психология полового диморфизма

Предлагаемые теории к классической триаде — палеонтология, сравнительная анатомия, эмбриология — добавляют еще два мощных источника эволюционной информации (для поведенческих, психологических признаков — единственных), два новых вектора эволюции — половой диморфизм и латеральную асимметрию.

С открытием половых различий в латерализации мозга появилась надежда понять и психологический половой диморфизм: разные способности и склонности мужчин и женщин, разную профессиональную пригодность и предпочтения, разную обучаемость и сообразительность. В школе мальчики значительно лучше девочек понимают геометрические концепции (половые различия по способности к решению алгебраических задач меньше, а арифметических — еще меньше) [Harris L.J., 1978]. В технических учебных заведениях максимальные трудности студентки испытывают по начертательной геометрии. Мужчины лучше ориентируются в визуальных и тактильных лабиринтах, лучше читают географические карты и определяют направление городов, рек, дорог, легче определяют левое—правое; они превосходят женщин в игре в шахматы, в музыкальной композиции, изобретательстве и другой творческой деятельности [Itani J., 1957]. Мало женщин среди сатириков, юмористов, карикатуристов, комиков и клоунов. У мужчин значительно чаще, чем у женщин, обнаруживается преимущество функций правого уха при дихотическом прослушивании и левой руки, а у праворуких мужчин — при тактильном узнавании предметов методом дигаптической стимуляции [Клименко С.М., 1984]. У женщин отмечается также более высокая степень конформности мышления [McGlone J., 1980].

Считается, что у мужчин основные факторы способностей (вербальные, зрительно-пространственные, математические) более автономны, чем у женщин [Wormack L., 1980]. Мужчины обычно лучше женщин справляются

с заданиями, требующими пространственной ориентировки, координации и точности движений (в пробах с прицеливанием), математических рассуждениях, тогда как у женщин лучше развиты речевые способности, тонкие инструментальные движения рук и способности по идентификации сходных предметов [Блум Ф. и др., 1988; Каган В.Е., 1991; Кимура Д., 1992; McGlone J., 1980].

Проблеме изучения роли половых различий в социогенезе посвящены многочисленные исследования, анализирующие проявления половых различий в поведении людей [Masters W., Jonson V., 1972; Heilbrun A., 1981], темпераменте [Русалов В.М., 1993], полоролевой социализации в различных культурах [Мид М., 1988; Кон И.С., Байбурин А.К., 1991], дифференциации социальных ролей [Алешина К.Е., Борисов И.Ю., 1984; Агеев И.С., 1987], формировании самосознания личности [Кон И.С., 1988; Каган В.Е., 1991; Бессонова Т.Л., 1994; Spence J.T., 1993; Koestner R., Aube J., 1995].

Среди исследователей существует полемика о соотношении социальных и биологических факторов в детерминации половых различий в сфере психики. По мнению одних авторов, межполовые различия преимущественно обусловлены специфичностью социально-культуральных воздействий [Berman P.W., 1980]; другие считают, что психологические половые различия обусловлены преимущественно биологическими факторами и в меньшей степени реакциями на внешнюю среду, ограничивающую определенными нормами и санкциями диапазон полового поведения [Arnold A.P., Gorsky R.A., 1984]. Полемика представителей этих подходов подробно представлена в цикле публикаций [Кон И.С., 1981; Виноградова Т.В., Семенов В.В., 1993; Русалов В.М., 1993].

Уже у младенцев обнаруживаются различия в эмоциональной экспрессивности в отношениях мать—ребенок. M.K. Weinberg и соавт. (1999), исследуя детей 6-месячного возраста, выявили, что мальчикам труднее поддерживать длительный эмоциональный контакт с матерью; при этом в поведении мальчиков преобладают формы активности, не имеющие отношения к эмоциональному контакту с ней. В то время как активность новорожденных девочек преимущественно направлена на поддержание эмоционального контакта с матерью.

По данным E. Maccoby и C. Jacklin (1974), в возрасте от 2 до 2,5 лет мальчики проявляют в общих играх бóльшую активность, чем девочки. С возрастом повышается активность тех и других, но юноши становятся более активными в студенческие годы. Так, исследователи отмечают у мальчиков уже в возрасте 3—4 лет большую любознательность и самоуверенность в поведении [Little B., 1968; Hutt C., 1970], в то время как девочки в большей степени проявляют интерес к внешности, одежде, более опрятны [Ehrhard A.A., 1974].

По данным A.A. Ehrhardt (1981), межполовые различия проявляются в динамических характеристиках игровой деятельности. Мальчиков отличает большая активность, энергичность, они чаще участвуют в силовых играх, стремятся к освоению открытых пространств. Девочки же успешнее разбираются в исполнении социальных ролей и договоренностей, более дифференцированно и эмоционально отображают эти ситуации.

Мальчики также, по данным C. Brindley (1972) и C. Hutt (1973), превосходят девочек по частоте и выраженности вербальной и физической агрессии, в то время как девочки в большей степени отличаются робостью и неуверенностью. Они более склонны заботиться о младших, привязаны к родителям, более спокойны [Hutt C., 1978]. В современных исследованиях существенные межполовые различия по общему индексу агрессивного пове-

дения не зарегистрированы, но отмечается, что мальчики в возрасте от 6 до 11 лет и не достоверно чаще демонстрируют паттерны физической агрессии, в то время как девочки доминируют по показателю вербальной агрессии [Archer J., Pearson N.A., Westeman K.E., 1988]. В целом в исследованиях подростковой агрессивности наблюдаются бо́льшая социальная регламентация проявлений агрессивного поведения у девочек по сравнению с таковой у мальчиков [Halloran E.C., Doumas D.M., John R.S., Margolin G., 1999].

По данным E.E. Makkoby, C.N. Jakline (1972), в раннем детстве речевые навыки у девочек развиваются быстрее, чем у мальчиков. Девочки начинают говорить на 2—6 нед раньше мальчиков и все предшкольные годы сохраняют первенство по артикуляции, понятности, вразумительности речи, которая у них по своему звучанию и модальности стоит ближе к речи взрослых [Wellman B.L., 1931; Goodenough E.W., 1957; Darbey F.L., 1961]. Исследования показали, что у девочек по сравнению с мальчиками более выражена беглость речи, им лучше даются языки — письменные и устные, а мальчикам — математика и счет [Hall R.L., 1985; Kelly T.P., Britton P.G., 1996]. Q. McNemar (1942) установил, что девочки обладают более развитыми эстетическими вкусами, у них лучше развита речь, более тонкая координация, в то время как мальчики обладают лучшими механическими и математическими способностями.

Однако с дошкольного возраста до ранней юности речевые навыки мальчиков и девочек примерно одинаковые, приблизительно с 11 лет девочки в этом превосходят мальчиков. Эта тенденция усиливается во время учебы в школе и в дальнейшем [Makkoby E.E., Jakline C.N., 1972]. Так, у мужчин выше показатели в тестах на способность к пространственной ориентации [Harnqvist K., 1997], а у женщин — на вербальные способности и тонкую моторику [Maccoby E.E., Jakline C.N., 1974; Watson N.U., 1991].

По данным E.E. Maccoby, C.N. Jakline (1972), в детстве у мальчиков и девочек наблюдаются примерно одинаковые способности, однако в школьные годы мальчики начинают проявлять более выраженную склонность к решению зрительных и пространственных задач и продолжают более успешно заниматься этой деятельностью, будучи взрослыми [Levine S.C. et al., 1999]. Примерно в возрасте от 12 до 13 лет математические навыки у мальчиков совершенствуются интенсивнее.

В тестах по определению коэффициента интеллектуальности (IQ) неизменно выявляются различия между полами в средних величинах. Однако степень вариабельности способности к активной и интеллектуальной деятельности у мужчин выше, чем у женщин (показатели IQ); у женщин накопление показателей выявлено вокруг некоторых средних величин; у мужчин — значительный разброс по этому показателю [Hutt C., 1978].

По данным В.М. Русалова (1993), мужчины характеризуются гибкостью мышления, пластичностью в предметной деятельности (т.е. легкостью переключения с одного вида деятельности на другой), стремлением к разнообразию форм деятельности, более высокой психомоторной скоростью выполнения операций при предметной деятельности. Женщины отличаются большей пластичностью в социальной деятельности (легкость вступления в новые социальные контакты, шире набор коммуникативных программ, более выраженная коммуникативная импульсивность, легкость переключения в процессе общения). У женщин выявлено также повышение таких показателей, как «эмоциональность социальная» и «эмоциональность предметная», что отражает выраженную чувствительность к неудачам на работе, в общении; чаще наблюдаются беспокойство, неуверенность, тревога по поводу работы и в ситуациях взаимодействия с другими людьми.

Г.В. Залевский (1993) также показал, что сопоставление мужчин и женщин дает дифференцированную картину только при анализе интраструктурных проявлений психической ригидности. При этом отсутствуют различия по уровню проявления психической ригидности в динамической подструктуре личности, что можно объяснить большей ее близостью к нейрофизиологическим особенностям нервной системы — подвижности (инертности), лабильности, динамичности — и согласуется с мнением, что половой диморфизм ни в какой мере не является фактором, определяющим подвижность нервных процессов. Поэтому различия между полами по психической ригидности тем заметнее, чем выше сферы личности по своей структуре. Так, в праксической и когнитивной сферах более ригидными оказались женщины, однако они были более флексибельны в сфере психосоциальной. Это согласуется с данными о большей социабельности женщин — готовности к сотрудничеству, компромиссам, податливости, перевоплощению, переключению полоролевых установок и т.д. По эмотивной подструктуре различий между мужчинами и женщинами не выявлено, хотя в сферах жизнедеятельности, связанных со стрессом, экстремальными условиями, женщины оказываются более ригидными — у них были выше, чем у мужчин, показатели по индикатору ригидности как состояния. Женщины больше, чем мужчины, опасаются нового, каких-либо перемен и т.п., т.е. в среднем чаще проявляют неофобические черты.

Еще бо́льшие колебания различий по психической ригидности выявляются при учете онтогенетического фактора, поскольку в норме она не относится к монотонным функциям возраста. До 18—25 лет, т.е. до возраста ранней зрелости, наблюдается ее плавное снижение с заметным «провалом» в этом отрезке времени, после которого начинается плавный ее рост. Чаще всего девушки оказываются менее ригидны, чем юноши, но женщины среднего возраста уже ригиднее мужчин, которые к 70—80 годам вновь оказываются более ригидны, чем женщины. Подобные тенденции были выявлены Г.В. Залевским в возрастном диапазоне 12—20 лет. В возрасте 18—45 лет обозначилась четкая тенденция к сглаживанию различий между полами по мере взросления. При этом двухфакторный дисперсионный анализ показал, что возраст и пол в норме становятся независимо действующими на динамику ригидности факторами, причем фактор пола оказывается более сильным в отношении проявления психической ригидности, чем возраст. Влияние обоих факторов усиливается в случае нервно-психической патологии.

L.D. Cohn (1991), проанализировав значительный массив исследований (с участием в целом 9000 испытуемых), пришел к выводу, что личностные межполовые различия наиболее выражены у подростков и учащихся старших классов (по показателям агрессивности, эмпатии наиболее стабильны в течение всего подросткового периода), существенно снижаются у студентов колледжа и практически стираются в пожилом возрасте.

R. Lynn, T. Martin (1997), изучавшие межполовые различия с помощью методики Айзенка (три качества: экстраверсия, нейротизм, психотизм) в 30 странах (представители 37 различных наций), показали, что более высокие показатели у женщин отмечались по параметру «нейротизм», а у мужчин — по шкале «психотизм». По данным A. Feingold (1994), мужчины отличаются от женщин чаще всего большей уверенностью, высокой самооценкой. Это подтверждается также исследованиями K.C. Kling и соавт. (1999), которые показали, что мужчины в основном демонстрируют более высокую самооценку по сравнению с женщинами. Женщины по сравнению с мужчинами характеризуются большей экстраверсией, тревожностью, искренностью,

чувствительностью [Feingold A., 1994]. Эти выводы подтверждаются исследованиями [Kostner, Aube, 1995; Kring A.M., Gordon A.H., 1998], согласно которым мужчин отличает уверенное, инструментальное поведение, а женщин — экспрессивное.

Женщины обычно более эмоциональны и более ситуационно и социально детерминированы в своем поведении, в то время как мужчины, напротив, менее эмоционально чувствительны и экспрессивны и более «самостоятельны» и активны в выборе и реализации индивидуальных форм своего поведения, что сопровождается и различной иерархией ценностей у женщин и мужчин в отношении «чувства», «дела» и пр. [Кон И.С., 1989, 1993; Eysenck H.J., 1976; Grossman M., Wood W., 1993; Feingold A., 1994].

Многие исследователи отмечают половой диморфизм в реагировании на стрессовые ситуации. Так, по данным Л.В. Буравцевой (1975), у женщин более выраженная реакция на начало стресса и более быстрое восстановление после его завершения; они пластичнее мужчин. Эти выводы согласуются с исследованием D.M. Almeida, R.C. Kessler (1998), в котором показано, что женщины подвержены воздействию бытовых стрессовых ситуаций в большей степени. У мужчин — меньшая чувствительность к страху, отмечаются низкие уровни нейротизма, тревоги, депрессии [Nolen-Hoeksema S., 1987; Van Doornen L.P.J., Van Blockland R., 1987].

S. Maronqiu и B. Ekahammar (1998) отмечают, что женщины испытывают тревогу и эмоциональное напряжение в ситуациях, содержащих элемент конкуренции (соревновательности, мотивации достижения), а для мужчин характерны тревога и выраженность фрустрации относительно ситуаций, предполагающих необходимость проявления сочувствия к кому-либо, оказания помощи (аффилиации).

S.H. Stewart, S. Taylor и J.M. Baker (1997) исследовали межполовые различия уровней тревоги по отношению к ситуациям, когда предполагаются негативные физические, социальные или психологические последствия. Было выявлено преобладание интегративных показателей по шкале тревожности у женщин. Обнаружено, что женщины преимущественно испытывают тревогу относительно ситуаций, имеющих негативные последствия для физических факторов; в то же время мужчинами в большей степени социальные и психологические факторы оценивались как наиболее угрожающие по сравнению с физическими.

Исследования показали, что различия, касающиеся пластичности, ригидности сохраняются в ходе жизни человека, что подтвердилось в дальнейшем [Feingold A., 1994].

Таким образом, была показана значительная выраженность полового диморфизма в психических характеристиках структур, детерминированных в большей степени биологически, например темперамент, способности, которые наблюдаются исследователями в течение нескольких десятилетий. В то время как в структурах, детерминированных культурально-социальными факторами, межполовые различия сглаживаются.

В целом исследователи, обсуждая проблему полового диморфизма на уровне личностных черт, соглашаются с тем, что в этом случае практически невозможно утверждать о наличии устойчивых полодифференцирующих качеств. Речь скорее может идти о нюансах отдельных проявлений межполовых личностных различий.

Подавляющее большинство авторов характеризуют половые различия по средним значениям признаков. Вопрос о методологических недостатках такого подхода справедливо поднимался В.П. Багруновым (1988), который подчеркивал, что такого рода исследования основываются на предположе-

нии о предопределенности логической дихотомии при рассмотрении психологических фактов половых различий. Рассматривая данную проблему в контексте динамического подхода к половым различиям в психике человека, когда основное внимание уделяется анализу изменчивости полодифференцирующих признаков, автор выдвинул и подтвердил гипотезу о том, что изменчивость психологических функций является наиболее значимым фактором, объясняющим механизмы полового диморфизма. Так, было показано, что видовая изменчивость сенсомоторных и интеллектуальных функций выше у мужчин, а индивидуальная изменчивость этих же функций, а также состояний личности — у женщин. У мужчин чаще, чем у женщин, встречаются высшие и низшие результаты в сенсомоторике и интеллектуальной активности: они лучше решают новые задачи такого рода, однако при стереотипизации этих видов деятельности более высоких результатов достигают женщины. Полученные результаты автор обсуждает в контексте эволюционной концепции дифференциации полов В.А. Геодакяна и делает вывод, что у мужчин обнаруживается бóльшая *видовая изменчивость*, что создает возможность для появления новых форм поведения. У женщин обнаруживается бóльшая *видовая ригидность*, что определяет сохранность генофонда популяции (табл. 1.1). Для мужчин характерна *индивидуальная ригидность*, определяющая передачу полезных качеств в генофонд, однако при изменении ситуации велик риск дезадаптации, нарушения стереотипов поведения. У женщин выявляется *индивидуальная изменчивость*, что обеспечивает успешную адаптацию к окружающей среде.

Таблица 1.1. **Половой диморфизм ригидности и изменчивости**

Характеристика	Ригидность (наследование)	Изменчивость (приобретение)
Индивидуальная (онтогенез)	Мужчины лучше решают задачи, выходящие за пределы непосредственной ситуации; плохая индивидуальная приспособляемость	Женщины обладают хорошей индивидуальной приспособляемостью
Видовая (филогенез)	У женщин средняя выраженность признака, цель — сохранение генофонда	У мужчин обеспечивает появление новых форм поведения, крайние формы поведения (которые могут быть как адаптивными, так и неадаптивными)

В связи с вышеуказанным можно пересмотреть исследования по половому психическому диморфизму в контексте теории В.А. Геодакяна. Любое психологическое качество, различающее два пола, может быть рассмотрено как обеспечивающее адаптацию индивидуума (онтогенез) и/или вида (филогенез). Большинство исследований, выявляя межполовые психические различия, показывает выраженность качеств, обеспечивающих индивидуальную и видовую адаптацию/выживаемость, т.е. качества, выявляемые у женских особей, могут быть рассмотрены как характеристики, обеспечивающие наилучшую адаптацию индивидуума (индивидуальную адаптацию). Качества же, преобладающие у мужских особей, в большей степени имеют отношение к выживаемости вида. Однако, согласно теории В.А. Геодакяна, мужские качества имеют более широкий диапазон в популяции (крайние степени выраженности качества), поэтому могут наблюдаться противоре-

чия в данных и отсутствие четкой картины по средним значениям полодифференцирующих качеств, что проявляется, в частности, в противоречивости выраженности некоторых черт. Это можно проиллюстрировать противоречивыми данными о выраженности показателя экстраверсии. Так, R. Lynn и T. Martin (1997) выявили больший уровень экстраверсии у мужчин, а A. Feingold (1994) приводит данные, свидетельствующие о большей экстраверсии женщин.

В той же работе В.М. Русалова (1993) показано, что именно в наиболее биологически обусловленной составляющей психики (например, в темпераменте) можно увидеть полодифференцирующие качества. Выявленные свойства рассматриваются автором не как стабильные качества, а как изменяющиеся в ходе эволюции. Рассуждая в контексте теории В.А. Геодакяна (1984), автор делает вывод о том, что психологические различия между полами и широта проявлений признака служат очень важными показателями того, какие качества в настоящий период эволюции будут наиболее значимыми. Любопытно, что полученные автором результаты позволяют предсказать, какие из качеств должны перестать быть полодифференцирующими, благодаря тому что женщины ими овладеют. *Широкая индивидуальная норма реакции* обеспечивает женскому полу повышенную адаптивность, что на поведенческом уровне проявляется в большей восприимчивости к обучению и воспитанию (т.е. «социальная пластичность» и «эмоциональность»). Более *узкая норма индивидуальной реакции* у мужского пола лежит в основе того, что в дискомфортных зонах эволюционного отбора остаются в основном мужские особи, которые могут покинуть эти зоны, только обладая способностью к нахождению новых решений, т.е. за счет предметной пластичности и темпа, а также более низкой эмоциональной чувствительности.

1.5. Полодиморфические смешения

Большинство из вышепредставленных исследований отражает популяционный анализ половых различий, опирающийся на эволюционные закономерности половой дифференциации. Между тем опора только на идеи полового диморфизма таит в себе опасность сведения фемининности/маскулинности к биологическому полу. Последние же являются индивидуально-личностными конструктами, формирующимися в пространстве социокультуральных и социально-психологических координат, структура и содержание которых не постоянны и включают комплекс внутренних и внешних характеристик, степень взаимодействия которых определяется формами идентичности, представленными в ориентациях личности, в ее установках, отношениях, направленности в сфере деятельности и общения, в тех качествах личности, которые считаются значимыми с точки зрения гендерных ролей, т.е. эти конструкты не связаны напрямую с биологическим полом, а обозначаются как социально-психологические явления, фиксирующие психотип мужского и женского поведения в пределах одной гендерной роли [Лабунская В.А., 1999].

Впрочем, эволюционно-биологическая теория пола предсказывала возможность неоднозначного индивидуального соответствия видовым характеристикам полового диморфизма. В кибернетическом плане трактовка В.А. Геодакяном нервного перекреста как регулятора оптимальной «дистанции» между половинами тела аналогична X-хромосомному перекрестному наследованию, поддерживающему оптимальную «дистанцию» между

полами. Можно допустить, что по какому-то количественному признаку существует такой половой диморфизм, что распределения этого признака у мужского и женского пола не перекрываются. Если выделить в каждом распределении по 3 значения признака: норму «0», крайние плюс- (+) и минус- (—) отклонения от нее, тогда «однозначные» родительские пары $М^0Ж^0$, М+Ж+, М−Ж− будут иметь оптимальный половой диморфизм, а среди «разнозначных» будут два экстремальных типа — М+Ж− — *с ненормально большим (максимальным) половым диморфизмом*, и М−Ж+ — *с ненормально малым (минимальным)*. Для отрицательной обратной связи, поддерживающей постоянство полового диморфизма, необходимо, чтобы у родителей первого типа потомки рождались второго типа и наоборот. Это значит, что признак должен передаваться от отца к дочери, а от матери к сыну, а это не что иное, как Х-хромосомное наследование. Согласно теории пола, Y-хромосома является связующим звеном между хромосомным набором ядра и цитоплазмой клетки, т.е. средой (это «ворота» для новой информации в геном, это «экологическая» хромосома). Поскольку она передается только по мужской линии, то появление в ней новой информации приводит к росту полового диморфизма, т.е. переводит равновесие на новый оптимум.

Уже после возникновения эволюционной теории Ч. Дарвина появились обнадеживающие результаты сопоставления сексуального поведения человека и животных, которые стали подвергаться направленной систематизации. Поскольку отправной точкой при этом служило основополагающее понимание полового диморфизма как результата процесса эволюции, первыми обратили на себя внимание примеры инвертированного сексуального поведения. Ч. Дарвин высказал мысль о том, что в каждом индивидууме (растении или животном) имеются вторичные половые особенности противоположного пола. В последующем это положение было развито многими учеными, в том числе Вейсманом, которые, опираясь на факт «скрытого присутствия противоположных половых черт», утверждали, что бисексуализм — характерный и неотъемлемый признак высших позвоночных животных и человека.

Появились и конкретные доказательства из мира животных. Так, Kellch (1834) и Perogallo (1863) сообщали о наблюдавшихся ими случаях гомо- и бисексуального поведения самцов-жуков некоторых пород. A. Maccioli (1883) описывал гомосексуальные проявления у самок и самцов почтовых голубей. При этом самцы совершали гомосексуальные акты даже в присутствии самок. Он расценивал эти проявления как нарушение половой дифференциации в результате половой дегенерации. Он также сообщал о наблюдениях над самцами попугаев, которые при отсутствии самок в клетке в течение длительного времени совершали друг с другом половые акты. А. Молль (1897) цитировал описания овец и коз, которые обнаруживали признаки психосексуального гермафродитизма и проявляли как гомосексуальные, так и бисексуальные тенденции к особям своего пола.

P. Milner (1973) подчеркивает, что «с поведенческой точки зрения животные никогда не ведут себя исключительно как самки или самцы», а «если характерное для данного пола поведение наталкивается на какое-либо препятствие, то может проявиться поведение, свойственное другому полу» [Morris D., 1955].

Некоторые типы половой инверсии у животных характерны для конфликтных ситуаций. Эти явления обычно объясняют тем, что половое возбуждение у животных обоих полов усиливает тенденцию к демонстрации

типичных актов полового поведения, характерного как для самцов, так и для самок, однако у самцов преобладают первые реакции, а у самок — вторые. Причем проявления инверсии могут касаться не только полового, но и иных форм поведения. Так, у самок мышей и многих других видов млекопитающих наблюдается положительная корреляция между доминированием в агрессивных ситуациях и половым поведением, характерным для самцов [Хайнд Р., 1975].

Однако поведенческие, в том числе связанные с сексуальностью, примеры инверсии являются лишь наиболее наглядным примером индивидуальных модификаций полового диморфизма. Имеются и другие доказательства того, что пол вообще не относится к устойчивым и неизменным онтогенетическим характеристикам. В этологии известно явление *протогении* — смены пола в онтогенезе (например, каменные окуни мероу, петрометопон), которое представляется как бы эволюционно переходным от гермафродитизма (одновременной двуполости) к половому диморфизму. Известны рыбы-губаны, у которых единица сообщества — самец с гаремом из 3—6 самок и несколько неполовозрелых особей. После смерти самца у доминантной самки происходит инверсия пола, и она начинает функционировать как доминантный самец; при этом генотип самца подвергается рекомбинации. У морского окуня пол не определяется хромосомами в момент зачатия, и каждый индивид может выступать в роли и самца, и самки. Данный вид образует моногамные пары, причем партнеры поочередно выступают то в роли самца, то в роли самки; во время нереста у них вырабатывается то икра, то молоки. Пары, в которых роли распределяются неравномерно, обычно распадаются [Fischer E., 1980]. Экзотическим примером является Sacculina — рачок-паразит крабов, который изменяет пол молодых самцов-хозяев на женский.

Приведенные закономерности можно проследить в эмбриогенезе, подчиняющемся в целом онтогенетическому правилу полового диморфизма. Основные закономерности половой дифференцировки в онтогенезе J. Money (1977) сформулировал в виде определенных принципов, которые при соответствующем дополнении могут быть представлены следующим образом:

- *принцип дифференцировки и развития*: развитие есть одновременно процесс дифференцировки, в ходе которого первоначально бипотенциальный зародыш становится самцом или самкой. Отвергается представление о том, что путь развития изначально определяется только одной возможностью или формируется уже после рождения средой и воспитанием;
- *принцип стадиальной (последовательной) дифференцировки*. Этот процесс имеет свои закономерные этапы, каждая последующая дифференцировка основывается на предыдущей; генетический диморфизм половых хромосом предшествует дифференцировке гонад, а она определяет гормональный пол зародыша и т.д.;
- *принцип критических периодов*: каждому этапу половой дифференцировки соответствует определенный период развития, когда организм наиболее чувствителен к данным воздействиям. Если критический период пропущен, то последствия обычно необратимы. При этом действует принцип Адама (дополнительности маскулинной дифференцировки): на всех критических стадиях развития, если организм не получает каких-то дополнительных сигналов или команд, половая дифференцировка автоматически идет по женскому типу;

- *принцип диссоциации половой идентичности*: на самых ранних этапах после рождения возможности идентификации по маскулинному и феминииному типу объединены, но в ходе общения в конце концов реализуется какая-то одна из возможностей;
- *принцип идентификации и дополнения*. В мозге закодированы две схемы: одна для обозначения собственных идентичности и роли, другая — для обозначения противоположного пола. Они дифференцируются по механизмам идентификации и дополнения. Первый связывается с копированием поведения других людей, второй — с выяснением, уяснением поведения других, так что собственное поведение дополняет поведение других или взаимодействует с ним;
- *принцип маскулинной уязвимости* (в том числе более высокая сексуальная возбудимость и качественная специфика полового акта у мужчин).

В.Е. Каган предложил системную модель половой дифференциации, подразумевающую принцип объемного системного усложнения с последовательным образованием функциональных связей, — *антенатальную дифференциацию* (включающую этапы генетического или хромосомного пола, гонадного пола, гормонального пола, генитальной дифференцировки и церебрального пола) и *постнатальную дифференциацию* (включающую гормональную, нейрофизиологическую, морфологическую дифференциацию, в том числе формирование образа тела и половую социализацию), что определяет качественное индивидуальное разнообразие идентичности, слагающейся в том числе из морфологического пола и образа тела, половой роли, сексуальной роли, эротической и сексуальной ориентаций.

Введение этой новой переменной, связанной с индивидуальным состоянием половой идентичности и соотношением маскулинности/фемининности, в значительной степени усложняет картину и полотипических качеств личности, о которых говорилось выше как о проявлениях полового диморфизма. Так, при обследовании по параметрам «адаптивной» и «когнитивной» флексибельности 419 человек — гетеро-, гомо- и бисексуальных мужчин и женщин, т.е. с учетом психологической андрогинии, самую высокую когнитивную флексибельность проявили бисексуальные женщины [Zinik G.A., 1983]. Таким образом, исследование индивидуальных закономерностей развития и формирования стратегий и моделей поведения, тем более зависимых от сексуальной ориентации, одно из первостепенных мест, помимо половозрастных характеристик личности, занимает оценка половой идентичности, от особенностей сформированности которой будут зависеть характер преломления в индивидуальном онтогенезе полодиморфических свойств и своеобразие интериоризации связанных с ними стереотипов и эталонов.

Из вышеизложенного ясно, что между выраженностью полового диморфизма и асинхронией развития существует тесная связь. Возможно, именно этими механизмами можно объяснить тот факт, что расстройства сексуального поведения и развитие аномальных форм его реализации в основном отмечаются у мужчин и практически не встречаются у женщин.

«Авангардный, футуристический» характер аномального сексуального поведения проистекает из его «поисковой» природы, характерной для мужчин, и делает его, с одной стороны, источником новых моделей поведения, с другой — оно вступает в противоречие с ожидаемым обществом вследствие биологических признаков индивида, что порождает либо неразрешимый внутрипсихологический конфликт, либо внешний конфликт с законом.

Глава 2

Классификации сексуальных расстройств

Классификация сексуальных расстройств в экспертной практике имеет особое значение, поскольку напрямую определяет пределы компетенции сексолога. Именно сексуальные расстройства, приобретающие юридическое значение, будут составлять компетенцию и границы экспертного сексологического исследования. В связи с этим выбор наиболее исчерпывающей классификации — важная в методологическом плане задача.

Трудности классификации сексуальных расстройств отмечают все специалисты. Так, К. Имелинский (1986) указывает, что большинство из них основано на неоднородных критериях, когда этиологические критерии сочетаются с симптоматическими, объективные — с субъективными, а критерии, относящиеся к сексуальным расстройствам, смешиваются с генеративными. Сложности при разработке систематики сексуальных расстройств обусловливаются также тем, что при этом должны учитываться как минимум две оси: онтогенетическая и полодиморфическая. К. Имелинский пересмотрел собственную классификацию 1968 г. как неудовлетворительную для практической деятельности и предложил в 1982 г. новую, по его мнению, более адекватно учитывающую последние тенденции развития сексологии.

Классификация сексуальных расстройств [по К. Имелинскому, 1982]

I. *Сексуальные дисфункции*
  А. Индивидуальные:
    1) нарушения течения полового акта;
    2) нарушения оргазма;
    3) нарушения либидо.
  Б. Обоюдные:
    1) сексуальная дисгармония;
    2) диспареуния;
    3) сексуальная аверсия.

II. *Сексуальные девиации*
    1) сексуальные отклонения;
    2) сексуальные извращения.

III. *Симптоматические дисфункции и девиации*
    1) при психических заболеваниях;
    2) при соматических заболеваниях.

Среди достоинств этого варианта классификации К. Имелинский указывает, в частности, на то, что она включает сексуальные расстройства в целом, а не только психосексуальные нарушения. Действительно, подобный подход наиболее соответствует современной концепции развития сексологии, учитывающей стирание жестких границ между психосексуальными нарушениями и сексуальными расстройствами на органической основе.

В России получила наибольшее распространение классификация сексуальных расстройств Г.С. Васильченко (1983), в основу которой был поло-

Схема 2.1

Классификация сексуальных расстройств (по Г.С. Васильченко с соавт., 1983)



жен патогенетический принцип (схема 2.1), заключающийся в том, что у сексологического больного могут быть и чаще всего есть не один, а несколько синдромов, имеющих различную давность, различные сроки формирования и тяготеющих к различным фазам становления всего расстройства в целом. Отдельные синдромы, включаясь в структуру единого сексуального расстройства, взаимодействуют по-разному. Данная классификация, основанная на мультидисциплинарной концепции сексопатологии, реализует не только патогенетический принцип своего построения, но по существу включает в каждый из диагностируемых синдромов два вида парциальных этиологических факторов: а) этиологические моменты, спровоцировавшие возникновение синдрома; б) этиологическое (т.е. потенциаль-

Схема 2.2

Типология психосексуальных расстройств



но патогенетическое) воздействие синдрома на сексуальное расстройство в целом. Эти особенности патогенетической классификации непосредственно связаны с тактикой лечебного воздействия. Однако они же предопределяют и принципиальные организационные и обучающие требования к сексопатологу, а также задают достаточно широкие рамки его компетенции в экспертной практике.

Совсем по иному пути поначалу пошла Американская национальная классификация психических расстройств. Вообще первой официальной номенклатурой, выделившей особый диагностический класс для сексуальных проблем, стала DSM-III-R (1980). Этот класс, названный «Психосексуальные расстройства», был подразделен на 4 части: 1) расстройства половой идентичности (ставшая на тот момент абсолютно новой категорией); 2) парафилии (ранее обозначавшиеся как сексуальные девиации); 3) психосексуальные дисфункции (ранее — психофизиологические урогенитальные реакции/расстройства) и 4) резидуальный класс других психосексуальных расстройств, включавший среди прочих эгодистоническую гомосексуальность. Той же структуры и тех же принципов придерживается и МКБ-10, которая отражает попытку изолированного рассмотрения психосексуальных расстройств (схема 2.2). В МКБ-10 сделан особый акцент на неорганическом генезе данных расстройств, клиническая картина которых может быть идентичной подобным нарушениям, в основе которых, однако, лежат органические факторы. С позиций современной сексологии такая попытка вряд ли может считаться обоснованной, хотя она неизбежна в свете желания сохранить сексуальную патологию в главе, посвященной психическим расстройствам. Поэтому можно считать с некоторыми оговорками, что МКБ-10 охватывает лишь часть сексуальных расстройств, а именно те из них, которые в отечественной сексопатологии отнесены к расстройствам психической составляющей.

Одной из проблем, вытекающих из структуры данных классификаций, является отсутствие в них группы аномальных состояний, объединяющих нарушения сексуального, в том числе психосексуального, развития как такового. Данные нарушения, не являясь собственно расстройствами, имеют огромное значение не только в качестве предиспозиционных, но и занимают особое место в экспертной сексологической практике.

Другой проблемой является то, что существующие классификации, следуя определенной группировке различных психосексуальных расстройств, редко учитывают их неразрывную связь, что в клинической картине может выражаться в сочетании нарушений из разных таксонов.

2.1. Расстройства копулятивного цикла

Связь составляющих эту группу расстройств с парафилиями становится все более бесспорной. Так, сексуальная дисфункция во время девиантного акта относится к одной из характернейших особенностей сексуального садизма. T. Gratzer и J.M.W. Bradford (1995) объясняют этот факт тем, что садист стремится к удовлетворению не сексуальным актом как таковым, который лишь используется как средство унижения и контроля над жертвами. К тому же многие садисты сообщают о сексуальной дисфункции и во время обычной сексуальной активности. Не случайно, что когорта лиц с парафилиями оказывается сходной с пациентами с сексуальной дисфункцией по ряду параметров, в частности по показателям, отражающим особенности ролевого поведения, отклонения в котором могут лежать в основе функци-

ональных сексуальных нарушений. Например, были обнаружены различные уровни брачной адаптации в парах сексуальных преступников, лиц с сексуальными дисфункциями и нормативных индивидов при исследовании стилей управления межличностным конфликтом. У обеих проблемных групп выявлен достоверно более выраженный дистресс, причем пары сексуальных преступников были наиболее конфликтными. В основе конфликтного взаимодействия лиц с сексуальными дисфункциями лежали определенным образом поляризованные роли с паттернами «избегание vs. привлечения», тогда как сексуальными преступниками использовался более хаотичный стиль «избегание-привлечение / избегание-привлечение» [Metz M.E., Dwyer S.M., 1993].

Данное обозначение этой группе расстройств в целом соответствует представлениям, положенным в основу современных классификаций. Так, не случайно обсуждение этих нарушений и их положения в DSM-IV Г. Каплан и Дж. Сэдок (1998) предваряют известной схемой психофизиологических сексуальных реакций У. Мастерса и В. Джонсон с незначительными модификациями. Коррекция, в частности, заключается в том, что раздельно рассматривавшиеся ими фазы возбуждения и плато здесь были слиты в единую фазу возбуждения с выделением предваряющей ее фазы влечения. Последняя новация объясняется тем, что в отличие от остальных, чисто физиологических, фаза влечения отражает те сферы, с которыми имеет дело фундаментальная психиатрия: мотивация, побуждения и личность. Несмотря на то что фаза разрешения в тексте упоминалась, в DSM-III не были указаны расстройства, с ней связанные. К моменту создания DSM-III-R (1987) эта рубрика состояла из 4 групп сексуальных дисфункций: расстройств сексуального влечения, расстройств сексуального возбуждения, расстройств оргазма и болевых сексуальных расстройств. Последняя группа не увязывалась с какой-либо из фаз сексуального цикла. Составившие ее расстройства (функциональная диспареуния и функциональный вагинизм) однако не пришли из ниоткуда. Совместно с такими терминами, как фригидность, импотенция и преждевременная эякуляция семени, диспареуния и вагинизм уже упоминались в перечне дополнительных терминов для урогенитальной системы в первой версии DSM (1952).

МКБ-10 в основном без существенных изменений воспроизводит тенденции и принципы американской классификации и включает данные состояния в рубрику «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (F50—F59).

F52. Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.

Здесь указывается, что половая дисфункция охватывает различные варианты неспособности индивидуума участвовать в половой жизни в соответствии с его желанием. Могут наблюдаться отсутствие интереса, удовлетворения либо физиологических реакций, необходимых для эффективного сексуального взаимодействия (например, эрекции) или невозможность контролировать или переживать оргазм.

Признается, что сексуальная реакция представляет собой психосоматический процесс и в происхождении сексуальной дисфункции обычно принимают участие и психологические, и соматические процессы. Поэтому, хотя в ряде случаев и возможно выявление несомненно психогенной или органической этиологии, чаще, особенно при таких расстройствах, как отсутствие эректильности или диспареунии, оказывается затруднительным определить относительное значение психологических и/или органических факторов. В таких случаях рекомендуется определять состояние как имеющее смешанную или неопределенную этиологию.

Подчеркивается, что некоторые типы дисфункции (например, отсутствие полового влечения) возникают как у мужчин, так и у женщин. Тем не менее оговаривается, что женщины чаще жалуются на субъективное качество сексуальных переживаний (например, отсутствие удовлетворения или интереса), а не на отсутствие специфических реакций. Не является редкой жалоба на оргазмическую дисфункцию, но при расстройстве одного из аспектов женской сексуальной реакции имеется вероятность нарушения и остальных. Например, если женщина неспособна к переживанию оргазма, то она часто оказывается неспособной получать удовлетворение и от других аспектов физической близости и, таким образом, значительно снижается ее сексуальное влечение. С другой стороны, мужчины, хотя и жалуются на отсутствие таких специфических реакций, как эрекция и эякуляция, часто сообщают о сохранении полового влечения. Поэтому, как отмечается, необходимо анализировать, что скрывается за предъявляемой жалобой для установления наиболее подходящей диагностической категории.

Перечень состояний, исключаемых из данной диагностической рубрики, состоит из синдрома Дата (неадекватная озабоченность ослабляющим эффектом извержения семени) и коро (страх западения полового члена в брюшную полость, что приведет к смерти), которые ранее упомянуты среди «Других специфических невротических расстройств» (F48.8) и представляют собой расстройства, тесно связанные с местными культуральными убеждениями и нормами поведения.

F52.0. ***Отсутствие или потеря полового влечения.***

Использование данной диагностической категории считается оправданной в том случае, если утрата полового влечения является основной, а не вторичной проблемой по отношению к другим сексуальным затруднениям, таким как отсутствие эрекции или диспареуния. Отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает инициацию половой активности менее вероятной.

В данную диагностическую категорию включаются фригидность и «расстройство гипоактивного сексуального влечения».

F52.1. ***Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения.***

F52.10. *Сексуальное отвращение.*

Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, достаточные для того, чтобы привести к уклонению от половой активности.

F52.11. *Отсутствие сексуального удовлетворения.*

Возникают нормальные сексуальные реакции и переживается оргазм, но нет адекватного удовольствия. Эта жалоба намного чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

Сюда же включается сексуальная ангедония.

F52.2. ***Отсутствие (недостаточность) генитальной реакции.***

У мужчин основная проблема заключается в эректильной дисфункции, т.е. в затруднениях в наступлении или поддержании эрекции для удовлетворительного полового акта. Если в некоторых ситуациях эрекция возникает нормально, например при мастурбации, во время сна или с другим партнером, то причина нарушения скорее всего является психогенной. В других случаях правильная диагностика эректильной дисфункции неорганической природы зависит от специальных исследований (например, измерения ночного набухания полового члена) или реакции на психологическую терапию.

У женщин основная проблема заключается в сухости влагалища или отсутствии увлажнения. Причина может быть психогенной или органической (например, инфекционной), может идти речь об эстрогенной дефицитарности (например, после менопаузы). Женщины редко жалуются на первичную вагинальную сухость, если только она не выступает как симптом эстрогенной дефицитарности после менопаузы.

Сюда же включаются расстройство полового возбуждения у женщин, эректильное расстройство у мужчин, психогенная импотенция, исключается импотенция органического происхождения (N48.4).

F52.3. ***Оргазмическая дисфункция.***

Оргазм не возникает или заметно задерживается. Эта дисфункция может иметь ситуационный характер (т.е. возникает лишь в определенных ситуациях), в таком случае этиология скорее всего является психогенной. В других случаях оргазмическая дисфункция инвариабельна, и физические или конституциональные факторы могут быть исключены только на основании положительной реакции на психотерапию. Оргазмическая дисфункция чаще наблюдается у женщин.

В эту рубрику включаются ингибированный (заторможенный) оргазм мужской (женский); психогенная аноргазмия и психогенное анэякуляторное расстройство.

В адаптированном для использования в Российской Федерации варианте МКБ-10 (далее АМКБ-10) уточняется, что, поскольку физиологически в норме у мужчин оргазм тесно связан с семяизвержением, в эту рубрику следует включать также задержки и отсутствие семяизвержения.

F52.4. ***Преждевременная эякуляция.***

Неспособность задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения от полового акта у обоих партнеров. В тяжелых случаях эякуляция может наступить перед введением полового члена во влагалище или при отсутствии эрекции. Органические причины преждевременной эякуляции маловероятны, но она может возникать как психологическая реакция на органическое нарушение, например при отсутствии эректильности или при болях. Эякуляция может также представляться преждевременной, если эрекция требует пролонгированной стимуляции, что укорачивает интервал между удовлетворительной эрекцией и эякуляцией; первичная проблема в таком случае заключается в задержанной эрекции.

Исключается преждевременная эякуляция, обусловленная болезнями мужских половых органов (N40—N51).

В АМКБ-10 предлагается использование дополнительных таксонов:

F52.41. *Преждевременная эякуляция абсолютная.*

Продолжительность полового акта менее 1 мин (менее 20 фрикций) на фоне регулярной половой жизни.

F52.42. *Преждевременная эякуляция относительная.*

Продолжительность полового акта в пределах физиологической нормы (от 1 до 3 мин). Однако этой продолжительности полового акта недостаточно для получения оргастической разрядки партнершей.

F52.49. *Преждевременная эякуляция неуточненная.*

F52.5. ***Вагинизм неорганической природы.***

Спазм окружающих влагалище мышц тазового дна, вызывающий окклюзию его открытия. Введение полового члена или невозможно, или причиняет боль. Вагинизм может быть вторичной реакцией на локально обусловленную боль, и в таком случае настоящая рубрика не используется.

Включается психогенный вагинизм, исключается вагинизм органический (N94.2).

F52.6. ***Диспареуния неорганической природы.***

Диспареуния (боль во время полового акта) возникает как у мужчин, так и у женщин. Часто она может быть связана с локальным патологическим процессом и тогда должна кодироваться соответствующим образом. Однако в некоторых случаях явные причины не обнаруживаются и более значимыми могут оказаться эмоциональные факторы. Эта категория должна использоваться только в том случае, если нет другой первичной сексуальной дисфункции (например, вагинизма или влагалищной сухости).

Включается психогенная диспареуния, исключается диспареуния органическая у женщин (N94.1), диспареуния органическая у мужчин (N47—N50).

F52.7. ***Повышенное половое влечение.***

Как мужчины, так и женщины могут иногда жаловаться на повышенное половое влечение как на самостоятельную проблему, обычно в юношеском и молодом возрасте. Когда повышенное половое влечение является вторичным по отношению к аффективному расстройству (F30—F39) или когда оно развивается в период ранних стадий деменции (F00—F03), следует кодировать основное расстройство.

В эту рубрику включаются нимфомания и сатириазис.

F52.8. ***Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.***

F52.9. ***Неуточненная сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.***

Основным требованием, содержащимся практически в каждом таксоне, является обязательное исключение органической природы указанных расстройств. Однако нередко это составляет трудновыполнимую задачу, поскольку практически все указанные расстройства носят системный характер, когда психогенные факторы теснейшим образом переплетаются с органическими, что учитывается в патогенетической классификации. Это можно увидеть на примере той же нимфомании, которая в чистом виде встречается крайне редко и чаще является неспецифическим синдромом различных расстройств: эпилепсии, для которой характерна так называемая нимфоманическая фригидность со свойственным ей расхождением между интенсивным чувственным компонентом и отсутствием оргастической разрядки; синдрома парацентральной дольки, обусловливающего снижение порогов возбудимости; эндогенных процессов; гипоталамической гиперсексуальности. Примечательно, что категория эксцессивного сексуального побуждения (имеющая непосредственное отношение к аномальному сексуальному поведению), сохраняющая свое место в МКБ-10, остается единственной сексуальной дисфункцией, не имеющей четких научных критериев, по поводу которых так и не было достигнуто согласие среди составителей данной номенклатуры.

В связи с вышесказанным понятно, почему указанные требования становятся все менее жесткими, а в классификации этих расстройств упоминаются все чаще состояния смешанного или органического генеза. Так, уже в DSM-III-R произошли терминологические изменения, психосексуальные дисфункции стали называться просто сексуальными, что объяснялось возможностью сложного их генеза — психогенного и биологического одновременно. Еще более радикальное изменение подходов было отражено в DSM-IV, в которую были добавлены новые единицы систематики — вторичные сексуальные дисфункции, вызванные как употреблением алкоголя, наркотиков и других токсичных веществ, так и «непсихиатрическими медицинскими состояниями», т.е. различными соматическими заболеваниями. Это было следствием решения расширить прежнюю секцию органических психических расстройств и расположить «вторичные по III оси» расстройства в их собственных феноменологических группах. МКБ-10 не последовала этим изменениям, по-прежнему говоря о «сексуальной дисфункции, не связанной с органическими расстройствами или болезнями». Еще одним из существенных отличий DSM и МКБ-10 является то, что если варианты первой декларируют требование до обозначения нарушений сексуального влечения и психофизиологических изменений в ходе копулятивного цикла в терминах расстройства установить наличие дистресса и/или межперсональных затруднений, то в МКБ-10 межличностные трудности даже не упоминаются.

Терминологические изменения, за которыми стоят попытки концептуального обновления, происходят с введением каждой следующей классификации. Анализируя эти модификации (табл. 2.1), J.A. Vroege, L. Gijs и M.W. Hengeveld (1998) еще раз подчеркивают их незавершенность и потребность в дальнейшем совершенствовании всей кодификации.

Таблица 2.1. **Классификационные сопоставления**

Группа расстройств	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	МКБ-10	Предложения J.A. Vroege и др.
Расстройства сексуального влечения	Задержанное сексуальное влечение	Гипоактивные расстройства сексуального влечения	Гипоактивные расстройства сексуального влечения	Отсутствие или потеря сексуального влечения	Сниженное (ограниченное) сексуальное влечение
		Расстройства сексуального отвращения	Расстройства сексуального отвращения	Сексуальное отвращение	Сексуальное отвращение
				Эксцессивное сексуальное побуждение	Эксцессивное сексуальное влечение
Расстройства сексуального возбуждения	Задержанное сексуальное возбуждение	Расстройства женского сексуального возбуждения	Расстройства женского сексуального возбуждения	Недостаточность генитальной реакции	Расстройства генитального возбуждения
		Мужские расстройства эрекции	Мужские расстройства эрекции		
				Отсутствие сексуального удовлетворения	Расстройства сексуального возбуждения
Расстройства оргазма	Задержанный женский оргазм	Задержанный женский оргазм	Женские оргастические расстройства	Оргазмическая дисфункция	Оргазмические расстройства
	Задержанный мужской оргазм	Задержанный мужской оргазм	Мужские оргастические расстройства		
				Отсутствие сексуального удовлетворения	Ангедонический оргазм
					Эякуляторные расстройства
	Преждевременная эякуляция	Преждевременная эякуляция	Преждевременная эякуляция	Преждевременная эякуляция	Преждевременный оргазм
Сексуальные болевые расстройства	Функциональная диспареуния	Диспареуния	Диспареуния (не обусловленная общемедицински ми причинами)	Неорганическая диспареуния	Диспареуния
	Функциональный вагинизм	Вагинизм	Вагинизм (не обусловленный общемедицинскими причинами)	Неорганический вагинизм	Вагинизм

2.2. Расстройства половой идентичности

Новый подкласс психосексуальных расстройств — «Расстройства половой идентичности» (транссексуализм у взрослых и расстройство половой идентичности у детей) — впервые появился в DSM-III. Часто осуществляемый перевод термина «identity» как «идентификация» представляется не вполне оправданным, поскольку понятия «идентичность» и «идентификация» с клинической точки зрения не тождественны. Необходимо также уточнение, что английское «gender» означает не пол в сексуальном или даже анатомическом смысле, но прежде всего мужской и женский род как таковой, т.е. речь идет не об отклонениях исключительно сексуальности, но структуры полоролевых стереотипов в более глубоком плане.

Взаимосвязь между парафилиями как расстройствами сексуального предпочтения и расстройствами половой идентичности (РПИ) представляется достаточно тесной. Высказывается мнение, что при трансвестизме возможны различные типы РПИ [Levine S., 1993], делаются попытки различить разные виды РПИ при трансвестизме и при транссексуализме — по времени начала и выраженности [Doorn C., Poortinga J., Verschoor A., 1994]; при фетишизме и агрессивном сексуальном поведении [Reinelt T., 1989]. З. Старович (1995), описывая «комплекс нарушения идентификации с полом», считает, что и такие виды парафильного поведения как педофилия, эксгибиционизм и фетишизм являются всего лишь одним из симптомов этого расстройства и носят защитный характер. Обсуждаются особенности РПИ, в частности, встречающиеся у насильников [Groth A.N., 1977; Heilbrun A., 1981, и др.]. Описаны нарушения физического «Я» при парафилиях — у фетишистов они выражены в большей степени, чем у агрессивных лиц [Reinelt T., 1989]. Б.Л. Гульман (1994) выявил у подавляющего числа сексуальных насильников нарушение полоролевого поведения. Автор выделил разные варианты полоролевой девиации: гиперроль (гипермаскулинность) и полоролевую трансформацию (фемининность). По данным А.А. Кочаряна (1996), на самооценочном уровне насильники не отличаются от нормативной выборки, а на «генобиологическом» (в рамках парадигмы теста Сонди) — они более фемининны и менее маскулинны.

Существуют и другие данные, указывающие на недостаточность у садистов именно полоролевых качеств (маскулинных характеристик), причем на всех уровнях личности — от самосознания до поведения. Одним из первых на это обратил внимание R. Brittain (1970), который подчеркнул «женоподобный оттенок» личности сексуальных убийц. Он представил ставший уже классическим портрет серийного сексуального убийцы как интровертированного, робкого, тревожного и социально изолированного человека, слишком зависимого от матери, с которой у него складываются амбивалентные отношения. Он чувствует себя ниже других мужчин, сексуально сдержан и неопытен, имеет сексуальные отклонения, чаще визионизм, фетишизм или трансвестизм, обладает богатыми садистическими фантазиями, реализация которых движется низким чувством самоуважения. Правильность подобного описания подтверждалась неоднократно [Grubin D., 1992]. P. Volk и соавт. (1985) считают «изнеженность» одной из характерных черт личности насильников, которые в социальной среде занимают подчиненное положение. Для них свойственно постоянное ощущение собственной неполноценности, что порождает полоролевую фрустрацию. Элементы же садизма в их действиях проявляются в целях самоутверждения в мужской половой роли. И наконец, наиболее определенно высказались

R. Langevin и соавт. (1985), указавшие на характерное для большинства садистов нарушение половой идентичности, заключающееся в половой индифферентности или фемининных тенденциях.

F64. Расстройства половой идентичности.

F64.0. ***Транссексуализм.***

Ощущение собственной принадлежности к противоположному полу. Желание существовать и быть принятым в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством дискомфорта от своего анатомического пола или неуместности (неадекватности) своей половой принадлежности и стремлением получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу.

Диагностические указания содержат требование констатации существования стойкой транссексуальной идентичности, по крайней мере в течение 2 лет. При этом она не должна быть симптомом другого психического заболевания, например шизофрении, или вторичным признаком каких-либо межполовых, генетических или хромосомных аномалий.

В отечественной сексологии проводится важное для выбора терапевтических подходов деление транссексуализма на «ядерные» и «краевые» варианты. Если первые практически не зависят от влияний микросоциальной среды и без смены пола адаптации не поддаются, то вторые отличаются мягкостью течения и оцениваются как внешне компенсированные и социально адаптированные, несмотря на сохраняющееся ощущение принадлежности к противоположному полу. Предполагается, что в основе «краевых» вариантов лежат менее грубые нарушения половой дифференцировки структур мозга в пренатальном онтогенезе.

F64.1. ***Трансвестизм двойной роли (трансролевое поведение — АМКБ-10).***

Периодическое ношение одежды, присущей противоположному полу, как часть образа жизни с целью получения удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, однако без малейшего желания постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекции. Переодевание не сопровождается возбуждением, что отличает данное расстройство от фетишистского трансвестизма (F65.1). Эта категория включает нарушения половой идентичности нетранссексуального типа в подростковом и зрелом возрасте.

Эти случаи аутогинефилии подчас приводят к сложным формам игрового поведения, при которых преображение в женский образ подкрепляется сближением с самым ярким его воплощением в материнской роли.

Д. с 15–16 лет стал испытывать особый интерес к своей внешности: часами мог разглядывать себя в зеркале. Стал замечать, что лицом и фигурой больше похож на женщину, тайком одевался в одежду матери, любовался своим отражением в зеркале, испытывая при этом иногда половое возбуждение. Похищал женскую одежду с бельевых веревок. С 20 лет красился, пудрился, делал маникюр. Иногда, переодевшись в женскую одежду, разгуливал по городу. Ощущая на себе взгляды окружающих, испытывал удовольствие, однако полового возбуждения никогда при этом не возникало. Понимал противоестественность своего поведения, пытался остановить себя, отказаться от очередной кражи женской одежды и переодевания, однако через несколько дней вновь появлялось непреодолимое желание, и он повторял прежние действия. В возрасте 21 года был привлечен к уголовной ответственности за кражу предметов женской одежды и косметики, причем во время одной из краж хозяйка квартиры застала его одетым в женскую одежду. Находился на принудительном лечении до тех пор, пока не совершил побег из больницы. Через месяц вновь был арестован за кражу женского пальто. В период проведения принудительного лече-

ния у него также находили женскую одежду. В последующем, после выписки и совершения подобной же кражи, вновь направлялся на лечение. Из больницы убегал, совершал новые кражи женской одежды. Проживал с матерью, продолжал тайно переодеваться в женское белье, красил волосы. Любил рассматривать себя в зеркале одетым в женскую одежду, при этом воспринимал себя как «отчужденный женский образ» со своим лицом, испытывал чувство радости, «как при покупке новой игрушки». В возрасте 31 года его аномальное поведение несколько изменилось: будучи в состоянии алкогольного опьянения, он похитил детскую коляску с 7-месячным ребенком. При задержании под мужской одеждой на нем были два бюстгальтера, три пары колготок, женские трусы. После задержания заявлял, что в последние годы у него появилось желание образовать семью и иметь детей, сожалел, что не родился женщиной. Якобы обращался в Дом ребенка с просьбой об усыновлении, однако ему было отказано на основании того, что он холост. Вновь находился на принудительном лечении, однако менее чем через год самостоятельно обратился в психиатрическую больницу после того, как был сильно избит жильцами дома во время очередной кражи женской одежды с бельевых веревок. Врачам рассказывал, что у него периодически возникает непреодолимое желание украсть женское белье, рассматривать его, накануне кражи в течение нескольких дней ощущает возбуждение, а во время нее — подъем настроения, «восторг» на несколько минут, после чего успокаивается. Несмотря на проведенное лечение, спустя четыре месяца, будучи одетым в женские куртку, юбку и сапоги, тайно похитил детскую коляску с грудным ребенком.

Особая рубрика учитывает онтогенетическую зависимость данных состояний.

F64.2. ***Расстройство половой идентичности у детей.***

Эта рубрика включает расстройства, впервые появляющиеся в детстве и всегда задолго до пубертатного периода, которые характеризуются постоянной выраженной неудовлетворенностью полом регистрации, что сопровождается настойчивым желанием принадлежать (или убежденностью в принадлежности) к противоположному полу или требованием признать его таковым. Указывается, что проявления расстройства включают стойкую озабоченность одеждой и/или занятиями, свойственными противоположному полу, и/или отвержение своего собственного пола. Напоминается, что данное расстройство не должно смешиваться с гораздо чаще встречающейся неконформностью с общепринятым полоролевым поведением. Поэтому для диагностики его недостаточно мальчишеского поведения у девочек или девичьего — у мальчиков, тогда как необходимо выявление глубокого нарушения чувства принадлежности к мужскому или женскому полу. Также подчеркивается, что данный диагноз не может устанавливаться в случае, если индивидуум достиг пубертатного возраста. РПИ у лиц, достигших половой зрелости или входящих в пубертатный период, следует классифицировать рубрикой F66 (см. раздел 2.4).

Среди диагностических указаний, помимо упомянутых в клиническом описании признаков, приводится возможность отвергания анатомических структур, присущих собственному полу, хотя одновременно указывается на редкость такого «необычного» поведения. Характерной особенностью считается то, что дети с расстройством половой идентичности отрицают наличие переживаний по этому поводу, хотя и могут быть огорчены конфликтом, возникающим вследствие иных ожиданий и надежд родителей или сверстников, а также насмешек и/или отвергания.

Упоминается, что больше известно о таких расстройствах у мальчиков. Среди типичных проявлений описывается увлеченность мальчиков играми и другими формами деятельности, традиционно считающимися девичьими, предпочтение ими девичьей или женской одежды. Тут же оговаривается, что подобное переодевание не вызывает полового возбуждения, в отличие от фетишистского трансвестизма у взрослых. Мальчики могут испытывать сильное желание участвовать в играх и развлечениях девочек, их любимыми игрушками становятся куклы женского пола, а в качестве партнеров своих игр они постоянно выбирают девочек. Откровенное жен-

ское поведение может уменьшаться в период ранней юности, хотя приводятся катамнестические данные, показывающие, что в юношеском возрасте и позже у мальчиков с данным расстройством в 1/3—2/3 случаев проявляется гомосексуальная ориентация. В то же время транссексуализм во взрослой жизни обнаруживают немногие из них, хотя большинство взрослых транссексуалов сообщают о проблемах половой идентичности в детстве.

Отдельно описываются проявления этого расстройства у девочек, причем сделана оговорка: нельзя быть уверенным в том, что соотношение полов соответствует клинической практике. Предпочтение поведения, традиционно ассоциирующегося с противоположным полом, у девочек проявляется в выборе друзей среди мальчиков, в жадном интересе к спорту, дракам, они не интересуются куклами и женскими ролями в построенных на воображении играх. Девочки подвергаются остракизму в меньшей степени, чем мальчики, хотя и они могут страдать от насмешек в позднем детстве или в юности. По достижении юношеского возраста большинство из них отказываются от преувеличенной настойчивости, с которой они занимаются мужскими видами деятельности и носят мужскую одежду, однако у некоторых сохраняется мужская идентичность, а может проявиться и гомосексуальная ориентация.

Подчеркивается, что расстройство половой идентичности редко сочетается с постоянным отверганием анатомических структур пола. У девочек это может проявляться в периодических утверждениях о том, что у них имеется или вырастет половой член, в отказе мочиться в сидячем положении, заявлениях о нежелании, чтобы у них выросли молочные железы или начинались менструации. Мальчики периодически утверждают, что когда они вырастут, то превратятся в женщину, что половой член и яички отвратительны и исчезнут и/или что лучше их не иметь.

В наиболее наглядном и стройном виде диагностические критерии изложены в «зеленой» книге («Исследовательские диагностические критерии»), хотя они почти полностью воспроизводят описательный материал основного глоссария («синей» книги).

У девочек:

1) жизнь девочкой вызывает постоянный и тяжелый дистресс, и имеется твердое желание быть мальчиком (это желание определяется не только предполагаемыми культуральными преимуществами принадлежности к мужскому полу), или девочка настаивает, что она — мальчик;

2) одно из двух:

— девочки обнаруживают постоянное отчетливое отвращение к обычной женской одежде и настаивают на ношении общепринятой мужской одежды, например нижнего белья для мальчиков и др.;

— девочки постоянно отрекаются от женских анатомических структур, о чем свидетельствует, по меньшей мере, один из следующих признаков:

а) утверждение, что у нее есть или появится половой член;

б) отказ от мочеиспускания в сидячем положении;

в) утверждение, что ей не хочется, чтобы у нее росли грудные железы или были менструации;

3) девочка еще не достигла пубертатного возраста;

4) расстройство должно наблюдаться минимум 6 мес.

У мальчиков:

1) жизнь мальчиком вызывает постоянный и тяжелый дистресс и сильное желание стать девочкой, или в более редких случаях мальчик настаивает, что он — девочка;

2) одно из двух:

— занятия обычной для женщин деятельностью, о чем свидетельствует предпочтение женской одежды или придание своей одежде вида женского наряда, или сильное желание участвовать в играх для девочек или других формах досуга и отказ от мальчишеских игрушек, игр и деятельности;

— мальчики постоянно отрекаются от мужских анатомических структур, на что указывает как минимум одно из следующих неоднократных утверждений:

а) что он вырастет женщиной (не только выполняя роль женщины);

б) что его половой член или яички отвратительны или что они исчезнут;
в) что лучше бы не иметь полового члена или яичек;
3) мальчик еще не достиг пубертатного возраста;
4) расстройство должно наблюдаться минимум 6 мес.

F64.21. ***Расстройство половой идентичности в детском возрасте транссексуального типа.***

F64.22. ***Расстройство половой идентичности в детском возрасте трансролевого типа.***

F64.29. ***Расстройство половой идентичности в детском возрасте неуточненное.***

F64.8. **Другие расстройства половой идентичности.**

F64.9. **Расстройство половой идентичности, неуточненное.**

В рубрику включаются: отклонение от поведения, свойственного данному полу; расстройство половой роли.

Отнесение указанных расстройств в МКБ-10 к рубрике F64 объясняется наличием множества общих признаков с другими расстройствами личности и поведения, расположенными в данном разделе, которые представляют собой состояния прежде всего дизонтогенетические.

Ранее расстройство половой идентичности у детей включалось в иную группу состояний, поскольку в DSM-III-R расстройства половой идентичности, включая транссексуализм, были перенесены из класса сексуальных расстройств в класс «расстройств, обычно впервые проявляющихся у детей и подростков». При подготовке DSM-IV сначала предполагалось расстройства половой идентичности выделить в особый подкласс, следующий за сексуальными расстройствами. Затем они все же были возвращены в группу расстройств психосексуальных, однако исчезло их разделение на транссексуализм и расстройство идентичности в детстве. Теперь и для того и для другого состояния приводятся единые критерии, и только в последующем рекомендовано проводить их кодировку как *«расстройство половой идентичности у детей»* (302.6) и *«расстройство половой идентичности у юношей и взрослых»* (302.85). У зрелых индивидов эти расстройства специфицируются и по направленности сексуального влечения (на мужчин, женщин, обоих, ни на тех, ни на других). Исключена из DSM-IV существовавшая еще в DSM-III-R такая классификационная единица, как *«расстройство половой идентичности у подростков и взрослых нетранссексуального типа»*, описывавшая состояния дискомфорта от переживания нежелательности своего пола, сопровождающегося переодеванием и соответствующим поведением, однако без требований хирургической и гормональной коррекции. Неоправданно отсутствует в DSM-IV и трансвестизм двойной роли, включенный МКБ-10 в сходную рубрику и характеризующийся переодеванием в одежду противоположного пола для временного переживания принадлежности к противоположному полу (F64.1). В DSM-IV, однако, включена подрубрика «Неспецифицированных расстройств половой идентичности», в которой представлены: 1) интерсексуальные состояния (например, синдром андрогенной нечувствительности или конгенитальной адренальной гиперплазии), сопровождающиеся дисфорией пола; 2) транзиторное, связанное со стрессом, переодевание; 3) устойчивая поглощенность мыслями о кастрации или пенэктомии без желания приобретения половых характеристик другого пола. Введение этих единиц означает признание многообразных связей расстройств половой идентичности как с органической, например нейроэндокринной, патологией, так и с иными психопатологическими состояниями, среди которых могут быть и эндогенные, и психогенные нарушения. Приводимый ниже клинический случай наглядно это доказывает.

К., 33 лет, обвинялся в убийстве жены. Отец испытуемого злоупотреблял алкоголем, часто наказывал его за незначительные провинности. Мать его воспитанием занималась мало. Больше всех был привязан к двоюродной бабушке. В детстве дружил с мальчиками, любил шумные, подвижные игры — в войну, спортивные, увлекался ездой на велосипеде. По характеру с детства формировался замкнутым, вспыльчивым, неуравновешенным. В школу поступил своевременно, отличался недисциплинированностью, конфликтностью, плохо учился, дублировал 3-и и 5-е классы. Состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних (ИДН) за кражи велосипедов, хулиганство. С 5-го класса обучался в спецшколе для трудновоспитуемых, где закончил 7 классов. Далее обучался в спецПТУ по специальности слесаря, в 17 лет самовольно ушел из училища, совершил кражу и был осужден, освобождался по амнистии, однако в 18 лет снова был осужден на 5 лет лишения свободы. В период отбывания наказания к труду относился недобросовестно, нарушал режим содержания, неоднократно водворялся в штрафной изолятор. Находясь в местах лишения свободы, совершил убийство осужденного, в связи с чем был осужден на 10 лет лишения свободы. По освобождении в 29 лет работал на фабрике транспортировщиком хлопка, к работе относился «с холодком, имел нарушения трудовой и технологической дисциплины», через год уволился, работал рамщиком, однако и здесь зарекомендовал себя с отрицательной стороны, появлялся порой на службе в нетрезвом состоянии. Стал работать на заводе. В этом же возрасте женился на женщине, которая была старше его на 2 года и имела сына; на следующий год у них родился сын. В дальнейшем стал говорить матери, что его жена изменяет, сестре жаловался на то, что жена не готовит пищу, плохо ухаживает за ребенком, быстро растрачивает его деньги, выгоняет его к матери, причиняет ему боль, цинично обзывает и грозит посадить в тюрьму. По словам соседей, К. злоупотреблял алкоголем, устраивал дома скандалы, неоднократно высказывал угрозы об убийстве в адрес жены, мог ударить ее. Со слов потерпевшей они знали, что он одевался в женскую одежду, а потом заставлял жену раздевать его и ласкать, насиловал ее, заставлял делать «что-то ужасное». Однажды заставил жену вступить с ним в половую связь на кладбище. От потерпевшей они слышали, что когда он надевал женскую одежду, то «становился каким-то другим», хотя как мужчина он ее удовлетворял. После расторжения брака продолжал жить с женой на квартире матери. Предпринимал попытки нападения на жену и ее сына с ножом, причем, когда напал на сына потерпевшей, был одет в одежду жены; однажды поджег квартиру. Перестал выходить на работу, матери заявил, что убьет жену за то, что она «гуляет»; грозил расправой и ее сыну. Согласно материалам дела, нанес жене множественные удары топором по голове. Давая показания, он пояснил, что жена «не хотела строгой семейной жизни», «ее друзья были для нее дороже семьи». Рассказывал, что мысли об убийстве у него возникли уже давно, для чего он купил топорик, который постоянно носил с собой. Содеянное объяснял злобой на бывшую жену из-за того, что «она не отдавала сына». Заявлял, что в содеянном не раскаивается, считал, что поступил правильно, и лишь сожалеет, что не успел покончить с собой.

Психическое состояние. Настроение снижено, говорит тихим голосом, не сразу раскрывает свои переживания. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает формально, уклончиво, часто не дает ответов, ссылаясь на запамятование. Держится без чувства дистанции, употребляет бранные слова. Сведения о себе сообщает кратко. Жалоб на здоровье, в том числе на сексуальные расстройства, не предъявляет. Высказывает суицидальные мысли. При уточняющих вопросах сообщает, что у него часто бывают неустойчивое настроение, раздражительность, вспыльчивость, плохой сон, головные боли, плохо переносит духоту, жару. В целом характеризует себя нелюдимым, замкнутым. О жене говорит со злобой и раздражением, подчеркивает ее отрицательные качества. Не сразу рассказывает, что в последний год у него участились конфликты с женой, которая подолгу отсутствовала дома, уходила к подругам, к своему бывшему сожителю, запустила хозяйство. Считал, что она вновь с ним «сошлась». Не скрывает, что следил за женой, проверял ее белье, «находил пятна — следы измены». Допускает, что у нее, возможно, были и другие любовники. Говорит, что в периоды ее отлучек испытывал злость, «не мог ни на что переключиться», в ярости резал ее вещи, по ее приходу подчас избивал ее. В по-

следнее время плохо справлялся с работой, мысли все время были заняты вопросами: «Где она? Куда опять ушла?», в результате чего раньше уходил, а после поджога и вовсе перестал выходить на работу. Объясняет убийство тем, что не хотел, чтобы его жена, к которой он был так привязан, «могла достаться кому-то другому». При экспериментально-психологическом исследовании отмечались некоторая недостаточность процесса абстрагирования, затрудненность оперирования условным смыслом. Для личности оказались характерны напряженность, недостаточность интеллектуального и волевого контроля, что может обусловливать импульсивность, непродуманность действий, эгоцентричность, склонность к фиксации на отрицательных переживаниях, деструктивность личностной структуры.

Сексологическое исследование. Будучи взрослым, однажды узнал от матери, что, когда он был совсем маленьким (возраст уточнить не может), его как-то в наказание переодели в одежду девочки. По характеру был задиристым, вспыльчивым, часто дрался. В возрасте 12—13 лет по примеру сверстников «приставал» к понравившейся девочке — дергал за волосы, отнимал портфель и пр. Однако привязанности ни к кому из сверстниц не испытывал, попыток знакомства и сближения не предпринимал. Мастурбация с 12—13 лет, до 15 лет не сопровождалась семяизвержением, но оргастические ощущения были достаточно выражены. Первая эякуляция в 15 лет при мастурбации. В 13 лет по предложению старшего по возрасту друга участвовал в попытке изнасилования женщины. В тот момент «хотелось попробовать», хотя тяги к близости с женщинами не было (нападение совершили на улице, полового акта не было из-за сопротивления потерпевшей). После этого против них было возбуждено уголовное дело: приятель испытуемого был осужден, а испытуемый направлен в спецПТУ. В возрасте 16 лет по примеру сверстников, «чтобы не выделяться», впервые вступил в половую связь со случайной женщиной. В период осуждения мастурбировал примерно 1—2 раза в неделю, представляя себе при этом обнаженных женщин. Гомосексуальные контакты категорически отрицает. Активность в браке — первые несколько месяцев ежедневно, затем не чаще 1—2 раз в неделю, так как жена категорически возражала против половой близости. По словам испытуемого, жена ему систематически изменяла и нередко отказывалась вступать с ним в половые связи, тогда он «заставлял ее силой», но якобы никогда не избивал. Продолжительность полового акта примерно 5—10 мин. Функциональных сексуальных расстройств не отмечалось. Впервые мысли о переодевании в женскую одежду возникли около года назад, когда в семье начались скандалы. Во время актов мастурбации (не чаще 1—2 раз в неделю) представлял себя переодетым в женское белье, что ускоряло примерно в 2 раза наступление семяизвержения (продолжительность акта мастурбации уточнить затрудняется). Через 2—3 мес, когда конфликты с женой участились и встал вопрос о разводе, купил себе женское белье и впервые надел его (дома, когда никого не было), мастурбировал. Надев женскую одежду, сразу ощутил «облегчение на душе», улучшилось настроение. Эпизоды переодевания участились в период наиболее ожесточенных семейных конфликтов до 2—3 раз в неделю; перед тем, как переодеться, испытывал ярость, злость, хотелось сделать жене «что-то плохое». Когда жена впервые случайно увидела его в женском белье, начала смеяться над ним, высказывала оскорбления, а он испытывал сильный стыд и обиду. Решил больше не делать подобных вещей, однако, когда мысли об этом появлялись вновь, было очень трудно удержаться, так как они становились «неотвязными», нарастали злоба и раздражение против жены, появлялась тоска. Считал, что это с ним происходит по ее вине. Иногда удавалось отвлечься от этих мыслей с помощью каких-либо занятий (собирал и разбирал радиоприемники), но после очередной ссоры, которую затевала жена, это желание возобновлялось с новой силой. Будучи переодетым в женское белье, обычно мастурбировал, однако, если в это время находился в состоянии алкогольного опьянения, «вспоминал все обиды и оскорбления со стороны жены» и силой заставлял ее вступать в интимную близость. Якобы после убийства жены и до настоящего времени желание переодеться в женское белье больше не возникает.

Объективно: испытуемый правильного телосложения, умеренного питания, рост — 170 см; масса тела — 68 кг; высота ноги — 90 см; ТИ — 1,88; ширина плеч — 45 см; ширина бедер — 35 см; оволосение по мужскому типу; стрий и гипертрихо-

зов нет; наружные половые органы сформированы правильно; Ка — 2,6; Кг — 3,8 (5—2,5); Ка:Кг — 0,6.

Заключение: сложная асинхрония полового развития с задержкой формирования соматической базы сексуальности и деформированным психосексуальным развитием с редукцией эротической и сексуальной стадий; эпизод транзиторного обсессивно-компульсивного трансвестизма (фетишистского и трансролевого типов) в рамках регрессивного поведения при психогенной декомпенсации с преобладанием дистимических аффективных реакций и сверхценных идей ревности; не исключено формирование сексуального садизма.

Конечно, клинические проявления нарушений половой идентичности более разнообразны, поэтому не случайно включение в DSM-IV рубрики «Сексуальные расстройства, не специфицированные иным образом», предназначенной для кодировки сексуальных нарушений, не соответствующих критериям иных, специфических, сексуальных расстройств. Среди них упоминается ***выраженное ощущение неадекватности, касающееся сексуальных действий или других особенностей, связанных с представляемыми стандартами маскулинности или фемининности***.

2.3. Парафилии и коморбидные расстройства

Термин «парафилия» (греч. *para* — около, мимо, вблизи + *philia* — любовь) впервые был использован И.Ф. Крауссом, а затем заимствован В. Штекелем. Ученик последнего Б. Карпман ввел этот термин в американскую психиатрию в 1934 г. Основной смысл введения нового термина заключался в замене понятий «извращение», «перверсия», ставших скорее юридическими обозначениями, ориентирующимися прежде всего на констатацию противоречия девиантных форм сексуального поведения господствующим стереотипам культуры. Новый же термин должен был акцентировать внимание на биологических, медицинских аспектах отклонений полового влечения.

История классификаций парафилий отражает длительный, незавершившийся период естественно-научного познания данного феномена аномального поведения. Однако очевидным является то, что все предлагавшиеся на протяжении последних 100 лет классификации, отражая господствующие на тот или иной момент теоретические воззрения, заключали в себе одновременно попытку решения двух основных проблем: разграничения нормального и патологического сексуального поведения и объяснения его патогенетических механизмов. Между тем проблема классификации парафилий усложняется тем, что даже феноменологически однородные формы сексуальных девиаций могут представлять собой абсолютно различные сущности. С. Лем (1991) писал, что строить некую общую классификацию сексуальных отклонений, выводящую их все из одного источника, — занятие пустое. О каких бы извращениях ни шла речь — от гомосексуальности до самых мрачных проявлений фетишизма, — их источники принципиально гетерогенны по своему характеру. Он считает, что в сфере сексуальных отклонений нужно проводить различие между отклонениями влечения и культурными отклонениями. В одном случае человек видит в существующих нормах препятствие к удовлетворению своих влечений, но не может желать изменения этих норм в соответствии с его влечениями; в другом, напротив, наиболее желательными представляются именно такие перемены, при которых его поведение из извращения превратилось бы в норму. Однако С. Лем соглашается, что на

практике такое разграничение провести нелегко, поскольку установки могут быть внутренне противоречивыми.

Классический пример этого — сам маркиз де Сад, являющийся одновременно и противником культуры и ее приверженцем, поскольку девиантные контакты приобретают ценность именно благодаря нарушениям табу. Некоторые «адвокаты» маркиза де Сада утверждают, что в области дескриптивной сексопатологии он на 100 лет опередил Р. Крафт-Эбинга и Хавлока Эллиса, а его произведения называют «непревзойденным по своей полноте описанием всех когда-либо наблюдавшихся половых отклонений». Ему же отводится и роль первого систематизатора в области сексопатологии, хотя, как оказалось, предлагавшееся им разделение страстей (вкусов) на 4 вида — простые, бичевания, жестокие, убийства — опиралось на классификацию наказаний в уголовном кодексе его времени.

Менее спорный приоритет принадлежит В.М. Тарновскому (1885), немецкое издание работы которого (Tarnowsky V. Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes, Berlin, 1886) вышло в том же году, что и «Половая психопатия» Р. Крафт-Эбинга, и последним широко цитировалось.

Классификация сексуальных расстройств [Тарновский В.М., 1885]

А. Извращение полового чувства на почве наследственности
- Врожденное половое извращение
- Периодическое половое извращение
- Эпилептическое половое извращение
- Эротомания
- Сатириазис

Б. Извращение полового чувства вне влияния наследственности
- Приобретенное половое извращение
- Половое извращение старческого слабоумия
- Половое извращение паралитического слабоумия
- Изменения полового отправления вследствие страдания спинного мозга
- Приапизм

В. Сложные формы извращения полового чувства

В схеме половых неврозов, созданной Р. Крафт-Эбингом (1909), бывшим, как и большинство психиатров того времени, одновременно и неврологом, особое значение придавалось поражению мозга и локализации сексуальных функций. Интересующие нас состояния были отнесены к неврозам церебрального происхождения, среди которых выделялись:

I. Парадоксия
II. Анестезия (врожденная и приобретенная)
III. Гиперестезия
IV. Парестезия полового чувства (извращение полового влечения), которая подразделялась в зависимости от объекта — своего или противоположного пола — на две группы. Первую составляли:
   А. Садизм
   Б. Мазохизм
   В. Фетишизм.

Вторая была определена как превратное половое влечение и включала несколько его ступеней:

1-я ступень: простое извращение полового чувства;
2-я ступень: эвирация и дефеминация;
3-я ступень: стадия перехода к параноидному сексуальному превращению;
4-я ступень: параноидное сексуальное превращение.

В дополнение к этому делению предлагалось разграничение данных вариантов на врожденные и приобретенные состояния. Так, превратное половое чувство врожденного характера по степени нарастания его тяжести подразделялось на:

а) *психический гермафродитизм;*

б) *урнинги (гомосексуалисты);*

в) *эффеминация (вирагинизм у женщин);*

г) *андрогиния (гинандрия у женщин).*

Примечательно, что в обеих приведенных классификациях в одном ряду оказываются как гипер- и гиполибидонозные состояния, так и состояния кардинального уклонения от общепринятой цели сексуального поведения. Поэтому с определенной степенью условности можно считать, что сексологическая систематика предвосхитила последующую ясперсовскую дихотомию количественных/качественных болезненных нарушений и неразрывно связанное с ними понятие «нормы» [Jaspers K., 1913].

Идеи Крафт-Эбинга в более-менее явном или скрытом виде определяли до недавнего времени основные подходы к пониманию генеза и типологии аномальных форм сексуального поведения. Так, представления о принципиальном различии врожденных и приобретенных форм перверсий, в последующем в несколько преобразованном варианте истинных и псевдоперверсий, «первичных» и «вторичных» их вариантов, на долгие годы стали главенствующими в отечественной психиатрии. Примером может служить классификация П.Б. Посвянского (1969), который предложил распределить различные варианты перверсий по степени их патологичности в виде трех ступеней.

Классификация сексуальных перверсий [Посвянский П.Б., 1969]

I. ***Перверситеты***: анормальное ложное сексуальное поведение, выступающее в роли переходной формы.

II. ***Факультативные***, психогенно-функциональные, нажитые перверсии, куда были отнесены и «ситуационные перверсии», или «перверсии по нужде».

III. ***Истинные перверсии***, обусловленные конституционально, в основе которых лежат особенности церебральной и нейрогуморальной регуляции.

Данное деление дополнялось классификацией клинических форм перверсий, подразделенных на две основные группы и третью, включавшую перверситеты:

А. Искажение влечения и способов его удовлетворения, являющееся доведенным до гротеска, иногда и до качественного искажения тех элементов либидо и осуществления половой близости, *которые в зачатке или в какой-то форме наличествуют в широкой норме*:

1) количественные изменения влечения:
   а) усиление полового влечения (сатириазис у мужчин, нимфомания, нимфоманическая фригидность у женщин);
   б) ослабление или угасание полового влечения;
2) аутоэротизм: нарцизм, патологический онанизм;
3) алголагнии: садизм, мазохизм, садомазохизм;
4) заместительные способы удовлетворения сексуального влечения, при которых сексуальное удовлетворение достигается вне полового акта:
   а) вуайеризм (визионизм, миксоскопия);
   б) фетишизм (включая пигмалионизм).

Б. Сексуальные перверсии, представляющие собой качественное искажение влечения, *«совершенно чуждое» нормальной половой жизни человека*:

а) эксгибиционизм; б) гомосексуализм (лесбианство, сафизм у женщин); активный гомосексуализм (с «мужской идентификацией»), пассивный гомосексуализм (с «женской идентификацией»); стадии развития; в) трансвестизм; г) педофилия.

В. Перверситеты (Fehlhaltungen):
а) инцест; б) донжуанизм; в) содомия; г) фроттеризм; д) парадоксальные формы влечения (геронтофилия, пагизм, псевдолизм).

Вместе с тем давно уже существовала попытка создания классификации на иных началах. Попытка эта принадлежала З. Фрейду (1914), который ввел два новых термина: лицо, внушающее половое влечение, было названо *сексуальным объектом*, а действие, на которое влечение «толкает», — *сексуальной целью*.

Классификация перверсий З. Фрейда (1914)

I. ***Отклонение относительно объекта:***
А. Инверсия.
Б. Животные и незрелые.
II. ***Отклонения по отношению к сексуальной цели:***
а) выход за анатомические границы:
— *переоценка сексуального объекта*;
— *сексуальное использование слизистой оболочки рта и губ*;
— *сексуальное использование заднего прохода*;
— *другие части тела*;
— *несоответствующее замещение сексуального объекта — фетишизм*;
б) остановка (фиксация предварительных сексуальных целей):
— *возникновение новых намерений*;
— *ощупывание и разглядывание*;
— *садизм и мазохизм*.

Решение Фрейдом проблемы врожденного-приобретенного было достаточно радикальным: он попросту заявил, что «предрасположение к перверсии составляет общее первоначальное предрасположение полового влечения человека, из которого в течение периода полового созревания развивается нормальное сексуальное поведение вследствие органических изменений и психических тормозов». Основная же концепция генеза парафилий Фрейда сводилась к тому, что в любом зафиксированном отклонении от нормальной сексуальной жизни следует видеть задержку в развитии и инфантилизм. Таким образом, по самой сути своей классификация Фрейда явилась первой, прямо вводившей дизонтогенетический принцип систематизации девиантных форм сексуального поведения.

Дискутируя со сторонниками концепции о первоначальном бисексуальном предрасположении как объяснении сексуальной инверсии, Фрейд оспаривал правомерность высказываний типа «женский мозг в мужском теле», в частности утверждения Крафт-Эбинга о сосуществовании «мужских и женских мозговых центров». При этом он ссылался на отсутствие данных о каких-либо церебральных различиях между мужчинами и женщинами, а также вообще о существовании «центров» для половых функций. В связи с этим он расценивал подобные высказывания как замену психологической проблемы анатомической, являвшуюся, по его мнению, «в равной мере бессмысленной и неоправданной».

Однако исследования, особенно бурно развивающиеся с 60-х годов, казалось бы, дают сторонникам теории биологической (церебральной) бисексуальности серьезную поддержку. Г.С. Васильченко с соавт. (1983) при разработке дизонтогенетической теории нарушений психосексуальной ориентации во многом опирались именно на эти работы. Нарушениям половой дифференцировки мозга отводится немаловажное место в понимании некоторых видов аномального сексуального поведения, которые рассматрива-

ются как следствие нарушения процесса психосексуального развития, подразделяющегося на три этапа. Согласно данной концепции, конкретный вид девиации сексуального поведения зависит от периода, в который произошло нарушение. В случаях патологии первых двух этапов возникают различные формы аномалий сексуальности, формирующиеся на основе нарушений полового самосознания и полоролевого поведения, например транссексуализм и гомосексуализм. Сюда же включаются такие разновидности парафилий, как мазохизм и садизм, рассматривающиеся в качестве проявлений патологического трансформированного и гиперролевого поведения, тогда как иные виды сексуальных перверсий рассматриваются особо как отдельные формы отклонения в процессе психосексуального развития. В то же время такое разграничение противоречит клинической реальности, свидетельствующей о неразрывной связи всех указанных феноменов девиантного сексуального поведения и наличия у лиц с парафилиями различных вариантов искажения полового самосознания. Не исключено, что теория нарушений половой дифференцировки мозга может быть использована для построения патогенетической теории всего комплекса отклоняющегося сексуального поведения.

J. Money (1992) считает возможным использовать в качестве оснований для таксономии в сексопатологии следующие «векторы», взаимно исключающиеся, с одной стороны, и наиболее полно охватывающие проблематику сексуальных расстройств, с другой:

- вектор филии (гипофилия, гиперфилия, парафилия);
- вектор телесного образа (мужской, женский, андрогинный; а также конкордантный или дискордантный натальному полу);
- вектор возраста начала расстройства (пренатальный, подростковый, юношеский, половой зрелости, старческий);
- вектор партнерства;
- транскультуральный вектор.

К парафильным синдромам, определяемым первым вектором, J. Money относит те состояния, при которых сексоэротическое функционирование становится систематически ошибочным или склоняется в сторону, в частности мышления и воображения процептивной или сексоэротической фазы возбуждения.

В понятие образа тела, определяющего второй вектор, входят три компонента: реконструкция или увеличение; облитерация или отказ; нарастание или дополнение. Во всех трех этих категориях образ тела может быть конкордантным натальному полу, в котором индивидуум зарегистрирован и к которому он принадлежит социально. Биологический пол и пол социальный могут противоречить друг другу. Данное несоответствие указывает на то, что телесный образ до некоторой степени ассимилировал транспозицию или перекрест мужских и женских стереотипов G-I/R (пол-идентичность/роль). В своей исчерпывающей форме транспозиция G-I/R представляется как транссексуализм. При трансвестизме (трансвестофилии) транспозиция является хотя и практически полной, однако эпизодической. При гомосексуализме и бисексуализме транспозиция может иметь настолько ограниченный характер, что она охватывает только сексоэротическую активность, не имея никакого отношения к другим аспектам или стереотипам полового диморфизма.

Вектор партнерства, указывает J. Money, заимствован из филогенетических принципов, в соответствии с которыми человечество как вид основано на зависимости от групповых или парных связей.

Одно из первых определений патологического сексуального поведения принадлежит Р. Крафт-Эбингу, по мнению которого ***извращением** — при существующей возможности естественного полового удовлетворения — необходимо считать всякое проявление полового инстинкта, не соответствующее целям природы, т.е. размножению.* При этом оно было для него однозначно определено психопатологическими условиями в отличие от *извращенности* половых действий, от которых *извращение* следует отличать и где эти условия не обязательны. Однако дефиниция нормального сексуального поведения Крафт-Эбингом так и не была дана. От определения нормы отказался и К. Ясперс, написавший: «Достаточно взглянуть на сущность человека с точки зрения постоянно свершающегося бытия, и тут же становится ясной безнадежность и бесперспективность попыток определения понятия «здоровья». Им было предложено лишь сложное определение болезни: 1) как соматического процесса; 2) как тяжелого, изменяющего становление всей душевной жизни соматического неблагополучия, нами не распознаваемого; 3) как таких вариантов человеческого существования, которые при значительном уклонении от усредненной нормы представляют собой помеху для существования других, а следовательно, требуют медицинского вмешательства [Jaspers K., 1913].

В последующем предпринимались неоднократные попытки сформулировать дефиниции сексуальной нормы. Так, Гамбургским сексологическим институтом были предложены шесть критериев ***партнерской нормы***: 1) различие пола; 2) зрелость; 3) взаимное согласие; 4) стремление к достижению обоюдного согласия; 5) отсутствие ущерба здоровью; 6) отсутствие ущерба другим людям. Позднее было введено понятие об ***индивидуальной норме***, в котором акцентировались биологические аспекты. В соответствии с этими критериями нормальны такие виды сексуального поведения взрослого человека, которые: 1) по непреднамеренным причинам не исключают и не ограничивают возможность осуществления генитально-генитальных сношений, что могло бы привести к оплодотворению; 2) не характеризуются стойкой тенденцией к избеганию половых сношений.

Примечательно, что одним из основных стимулов к обсуждению новых дефиниций психического расстройства явилась дискуссия по вопросу об исключении из классификации психических заболеваний гомосексуализма. Так, вынужденно стали рассматриваться более тонкие разграничения не только «нормы» и «патологии», но и пограничных с ними состояний, по отношению к которым могли бы быть применены иные термины — «нарушения», «аномалии» и т.п.

В 1973 г. Роберт Спитцер, член комитета Американской психиатрической ассоциации по номенклатуре, попытался пересмотреть определение психического расстройства исходя из двух критериев. С одной стороны, при диагностике расстройства предполагается, что человек действительно чувствует себя больным, т.е. страдает; с другой, он должен быть явно неприспособленным к нормальному «социальному функционированию». Понятно, что подобные оговорки не могут означать окончательного разрешения проблемы, поскольку являются достаточно спорными, особенно в отношении состояний анозогнозических. Любопытно, что на вопрос о возможности исключения из списка психических болезней, например фетишизма и вуайеризма, Спитцер ответил в том смысле, что это принципиально возможно в случае, если эти люди будут столь же организованы, как и гомосексуалисты, и заставят рассматривать свои проблемы. Так или иначе указанные ограничения в представлении о психической патологии начали

активно применяться в современных психиатрических классификациях, предлагающих подобные же определения.

В МКБ-10 такой дефиницией стал термин «расстройство», используемый с тем, чтобы избежать понятия «болезнь». Не являясь столь строгим, как «болезнь», термин «расстройство» подразумевает существование клинически распознаваемого набора симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев связаны с дистрессом или с нарушением функций и всегда проявляются на индивидуальном уровне и часто — на групповом или социальном (но не только на последних).

Современные же подходы к парафилиям были уже заложены в DSM-III (1980), определявшей их как *необычные или причудливые образы или действия, которые могут быть настойчиво и непроизвольно повторяемыми и обычно включают в качестве наиболее предпочтительного для сексуального удовлетворения нечеловеческий объект, повторяющуюся активность с людьми, подразумевающую реальное или изображаемое страдание или унижение, или повторяющиеся сексуальные действия с партнерами без их согласия.*

Данное определение остается неточным по нескольким причинам:

- во-первых, термин «необычные» вряд ли можно считать медицинским и вообще строго научным, так же как и «предпочтение»;
- во-вторых, небесспорно упоминание сексуального удовлетворения как исключительной цели подобного поведения, поскольку именно в судебно-сексологической клинике приходится сталкиваться со случаями, когда речь идет о достижении эффекта релаксации или психической, а не сексуальной, стимуляции. Одно и то же действие (например, кросс-дрессинг) даже у одного пациента, а не только при разных состояниях, — таких как транссексуализм и трансвестизм, может приводить к разным эффектам — сексуальному возбуждению и комфорту, релаксации. Эти два разных состояния могут быть и этапами развития болезни, причем эффект релаксации всегда наступает позже эротического. Подобная динамика вполне закономерна вследствие онтогенетической последовательности данных состояний — более рано формирующейся является эмоциональная саморегуляция, тогда как сексуальное удовлетворение возникает только на этапе становления сексуального либидо.

Последующее развитие представлений об аномальном сексуальном поведении поставило задачу подразделения и разграничения «отклоняющихся» его форм от «патологических» вариантов. Именно эта попытка отражена в классификации, предложенной К. Имелинским (1982).

Классификация сексуальных отклонений [Имелинский К., 1982]

I. ***Сексуальные отклонения***

А. В отношении объекта: 1) педофилия; 2) геронтофилия; 3) зоофилия; 4) фетишизм; 5) трансвестизм; 6) прочие.

Б. По способу реализации: 1) садизм; 2) мазохизм; 3) эксгибиционизм; 4) вуайеризм; 5) прочие.

В. Нетипичные: 1) гомосексуализм; 2) транссексуализм; 3) кровосмешение.

II. ***Патологические сексуальные отклонения***

А. Прогрессирующие формы (половые извращения).

Б. Импульсивные формы.

При этом под прогрессирующими К. Имелинский подразумевает те формы, когда не удается интеграция девиации с личностью, вследствие чего индивидуум не в состоянии сопротивляться этого рода сексуальности, которая становится все более чуждой личности и существует как бы сама по себе. Импульсивные же формы возникают в результате внутрипсихической «расправы» личности с сексуальной девиацией путем ее подавления. В результате отсутствуют предварительная борьба, конфликты и сомнения; девиантные действия возникают в благоприятствующей ситуации, в которой неспецифические факторы снижают контроль.

Если попытаться уловить общие тенденции, имплицитно или явно определяющие все приведенные классификации, то можно выделить несколько основных осей:

- половозрастное статистическое соответствие проявлений сексуальности;
- характер взаимодействия субъекта сексуального влечения и его объекта;
- характер внутреннего переживания сексуальных побуждений их субъектом.

Таким образом, имеются определенные общие основания, способствующие выработке хотя бы рабочих дефиниций нормы, например такого:

Нормальное сексуальное поведение — это *поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера.*

Подобное определение вполне согласуется и с более общими современными подходами к понятиям нормы. Так, Б.С. Братусь (1988) разработал понятие «нормального развития», под которым он подразумевал такое развитие, которое ведет человека к обретению им родовой человеческой сущности. Условиями и критериями этого развития являются отношение к другому человеку как к самоценности, как к существу, воплощающему в себе бесконечные потенции рода «человек»; способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; творческий, целетворящий характер жизнедеятельности; потребность в позитивной свободе; способность к свободному волепроявлению; возможность самопроектирования будущего и т.д. Соответственно аномальным, отклоняющимся является развитие, которое ведет человека к отъединению, отрыву от его всеобщей родовой сущности. Его условиями (критериями) следует считать: отношение к человеку как к средству, как к конечной, заранее определимой вещи; эгоцентризм и неспособность к самоотдаче и любви; причинно обусловленный, подчиняющийся внешним обстоятельствам характер жизнедеятельности; отсутствие или слабую выраженность потребности в позитивной свободе; неспособность к свободному волепроявлению, самопроектированию своего будущего; неверие в свои возможности; отсутствие или крайне слабую внутреннюю ответственность перед собой и другими.

Форма поведения, так же как и личностный его смысл, задается социальными условиями существования, в том числе характером тех запретов, которые существуют в данной культуре. Учет именно этого обстоятельства лежит в основе одной из попыток классификации парафилий с выделением общих их оснований [Money J., 1990]. Одновременно данное разграничение обусловлено характерной для лиц с парафилиями психологической амбива-

лентностью восприятия объекта влечения. Последний резко подразделяется на идеальный образ (комплекс Мадонны), в отношении которого реализуется платонико-эротический компонент либидо, и реальный, приземленный и пренебрегаемый (мизогиния), на который может быть направлена сексуальная составляющая либидо. J. Money выделил 6 основных категорий парафилий, каждая из которых представляет свою стратегию поведения, посредством которой сладострастие и чувственность отделяются от любви и романтического аффекта. Каждая из этих шести стратегий, имеющая при парафилиях сексоэротическое насыщение, приложима к таким неэротическим элементам западного общества, как религия, война, коммерция, магия, родство. Будучи приемлемыми в несексуальном контексте существования, они нежелательны, когда включаются в сексуальное и эротическое поведение. Однако они становятся кардинальными элементами при парафилиях, предоставляя возможность для сексуального экспериментирования со сладострастием при отсутствии любви как таковой.

1. *Жертвенно-искупительная* стратегия требует искупления греха сладострастия путем принятия кары и принесения жертвы. Крайним случаем жертвоприношения является сладострастное убийство, когда в жертву приносится партнер, и аутогомицидофилия, когда жертвой становится сам парафилик.

2. *Мародерско-грабительская* стратегия подразумевает похищение или принуждение сладострастного партнера из-за того, что «безгрешный» партнер не допускает греха сладострастия. Крайний вариант этой стратегии — синдром насильственного или агрессивного парафильного изнасилования (раптофилия или биастофилия). Спектр принуждения включает и те случаи, когда возраст партнеров ниже закрепленного законодательно совершеннолетия.

3. *Меркантильно-корыстная* стратегия заключается в том, чтобы греховное сладострастие было куплено и оплачено либо обменено, из-за чего «безгрешный» любовник не вовлекается по договоренности в этот свободный обмен. Само существование этой стратегии маскируется использованием ее в торговле оргазмом. Несмотря на распространенный характер последнего, существуют некоторые проститутки, так же как и их клиенты, у которых выявляется особый вид парафилии (хрематистофилия) — маркетинг и покупка секса.

4. *Фетишистско-талисманная* стратегия щадит и избавляет «безгрешного» партнера от греха сладострастия подобием, фетишем или талисманом любовника. Фетиши связаны с запахом (при ольфактофилии) или тактильным ощущением (при гифилии), т.е. с признаками, основанными на сходстве запаха или ощущении частей человеческого тела.

5. *Избирательно-клейменная* стратегия требует, чтобы партнер в сладострастии был, метафорически выражаясь, неверующим язычником — в корне отличным по религии, расе, цвету, национальности, социальной (классовой) или возрастной принадлежности от «безгрешного» любовника своей социальной группы. Неравенство при морфофилии связано с несоответствием телесного облика, неравенство же при хронофилии определяется возрастной дистанцией. Исключительным случаем морфофилии является акротофилия, при которой партнер должен иметь ампутированную культю. Возрастные ограничения хронофилии связаны с инфантофилией/пеннофилией и геронтофилией.

6. *Просительно-завлекающая* стратегия предохраняет «безгрешного» партнера с помощью замещения акта копуляции в акцептивной фазе приглашающим жестом или инициативой в процептивной фазе. Она аналогична поведению приматов, у которых демонстрация половых органов и их осматривание являются прототипическим приглашением к копуляции. При парафильном эксгибиционизме (педейктофилии) и при вуайеризме предварительная инициатива замещает основной акт своей собственной сладострастной значимостью.

Однако авторы официальных классификаций отказываются от подобных системных попыток обоснования своих делений и, декларируя «атео-

ретичность» подходов, ограничиваются феноменологическим принципом перечисления основных известных форм аномальных состояний сексуального влечения.

Одной из немаловажных особенностей современных классификаций является наличие диагностических критериев для каждого психического расстройства, в том числе для психосексуального. Впервые они были введены в DSM-III и в последующем сохранялись во всех классификациях. В DSM-III-R общими для всех парафилий являлись критерии их тяжести, подразделявшейся на 3 степени:

- *легкую*, когда личность испытывает выраженный дистресс от периодических парафильных побуждений, однако никогда не реализует их;
- *среднюю*, когда личность изредка реализует парафильные побуждения;
- *тяжелую*, когда личность реализует парафильные побуждения с периодическим постоянством.

Таким образом, степень тяжести парафилий увязывалась с характером соотношения между идеаторной и поведенческой активностью и ставилась в зависимость от способности индивида противостоять беспокоящим его парафильным импульсам. В DSM-IV отсутствует подобная оценка степени тяжести, а общими для всех парафилий являются два критерия: а) существование на протяжении не менее 6 мес периодически повторяющихся, интенсивных, сексуально возбуждающих фантазий, сексуальных побуждений или поведения; б) фантазии, сексуальные побуждения или поведение вызывает клинически значимый дистресс либо нарушение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Как видим, здесь оба компонента клинической картины парафилий — идеаторный и собственно поведенческий — уравнены по клиническому значению.

Систематика парафилий в МКБ-10

F65. **Расстройства сексуального предпочтения (парафилии).**

Общими диагностическими критериями парафилий являются следующие:

G1. Индивидууму свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки.

G2. Индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями, или испытывает значительный дистресс из-за них.

G3. Это предпочтение наблюдается минимум 6 мес.

F65.0. ***Фетишизм***

Использование в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения неодушевленного предмета. Указывается, что многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу, например предметы одежды или обуви. Фетиши могут характеризоваться особым материалом — резина, пластик или кожа. Также указывается, что значимость фетишей для индивида может варьировать — в некоторых случаях они служат просто для повышения сексуального возбуждения, достигаемого нормативным образом. В этих случаях, например, на партнера одевается какая-нибудь особая одежда.

Диагностические указания содержат принцип, в соответствии с которым диагностика фетишизма осуществляется только в том случае, если фетиш является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или обязательным для удовлетворительного сексуального ответа. Отмечается, что фетишистские фантазии встречаются часто, однако они не могут считаться расстройством до тех пор, пока не приводят к ритуальным действиям, которые становятся столь непреодолимыми и неприемлемыми, что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания самого индивидуума. Указывается также, что фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

F65.1. ***Фетишистский трансвестизм (трансвеститский фетишизм).***

Надевание одежды противоположного пола главным образом с целью достижения сексуального возбуждения и вызвать образ индивида противоположного пола.

Указывается, что это расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма. Основанием для их разграничения является то, что при фетишистском трансвестизме переодевание или использование предметов нацелено на преобразование собственной внешности с приданием ей черт, свойственных противоположному полу. Отмечается, что обычно надевается более одного предмета, часто — полный комплект одежды с дополнением ее париком и косметикой, при этом достигается ощущение принадлежности к другому полу. Другое состояние, от которого необходимо дифференцировать фетишистский трансвестизм, — это транссексуальный трансвестизм. Здесь необходимо помнить, что фетишистский трансвестизм имеет четкую связь с сексуальным возбуждением, а после достижения оргазма и последующего сексуального расслабления обычно возникает сильное желание снять одежду. Указывается также на сообщения о фетишистском трансвестизме как о ранней фазе транссексуализма и предполагается, что в этих случаях он представляет собой стадию в развитии транссексуализма.

F65.2. ***Эксгибиционизм.***

Периодическая или постоянная наклонность к неожиданной демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Обычно, хотя и не всегда, во время демонстрации возникает половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией. Указывается также, что эта наклонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь длительными периодами без подобного поведения.

В АМКБ-10 вводятся **дополнительные таксоны**:

F65.21. ***Эксгибиционизм, садистический тип.***

Больной максимальное удовлетворение получает, видя страх (испуг) жертвы.

F65.22. ***Эксгибиционизм, мазохистический тип.***

Больной максимальное удовлетворение получает при агрессивной реакции жертвы.

F65.29. ***Эксгибиционизм неуточненный.***

F65.3. ***Вуайеризм.***

Периодическая или постоянная наклонность подсматривать за людьми в момент совершения ими сексуальных или других интимных действий, например раздевания. Отмечается, что это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы, без желания обнаружить собственное присутствие и вступить в связь с лицом, за которым ведется наблюдение.

F65.4. ***Педофилия.***

Постоянное или преобладающее сексуальное предпочтение детей, как правило, препубертатного или раннего пубертатного возраста. Указывается, что может существовать предпочтение определенного пола (девочки или мальчики), а могут быть привлекательны одновременно дети обоего пола.

Отмечается, что педофилия редко выявляется у женщин. Указывается, что социально осуждаемые контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста, особенно однополыми, тем не менее не обязательно являются проявлениями педофилии. Точно также однократное действие, в особенности, если его субъект сам юношеского возраста, не свидетельствует о постоянной и доминирующей наклонности, необходимой для постановки диагноза. Обязательным для установления диагноза считается достижение субъектом по меньшей мере 16-летнего возраста и наличие 5-летней разницы с используемым объектом. Наряду с этим оговаривается, что данная диагностическая категория включает тех мужчин, которые, несмотря на предпочтение взрослых сексуальных партнеров, в силу постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, привычно обращаются в качестве замены к педофильному объекту. Точно также диагноз педофилии может быть установлен в отношении мужчин, сексуально посягающих на собственных детей препубертатного возраста, в тех случаях, когда у них отмечается домогательство к другим детям.

F65.5. *Садомазохизм.*

Предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установление зависимости. Если индивидуум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции (является реципиентом) — это мазохизм; если же он предпочитает быть ее источником — садизм. Отмечено, что часто человек получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности.

Упомянуто, что слабые проявления садомазохистской стимуляции обычно применяются для усиления в остальном нормальной сексуальной активности. В связи с этим дается указание использовать эту категорию лишь в тех случаях, когда садомазохистская активность является основным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения. С другой стороны, указывается на трудности отграничения сексуального садизма от проявлений в сексуальных ситуациях жестокости или гнева, не связанных с половым чувством. Поэтому диагноз может устанавливаться в тех случаях, когда насилие необходимо для эротического возбуждения.

F65.6. *Множественные расстройства сексуального предпочтения.*

Данная категория должна диагностироваться в тех случаях, когда у человека наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения без четкого преобладания какого-либо из них. Предлагается перечислять различные типы предпочтения и их относительное значение. Среди наиболее частых предпочтений указано на сочетание фетишизма, трансвестизма и садомазохизма.

F65.8. *Другие расстройства сексуального предпочтения.*

Данная категория предназначена для диагностики множества других видов нарушения сексуального предпочтения и сексуальной активности, которые встречаются относительно редко. В качестве примеров перечисляются непристойные телефонные звонки (телефонная скатофилия), прикосновение к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), сдавление кровеносных сосудов или удушение (аноксия) для усиления полового возбуждения (аутоасфиксиофилия), предпочтение партнеров с какими-либо особыми анатомическими дефектами, например с ампутированной конечностью (апотемнофилия), некрофилия.

Включение этой категории в МКБ-10 оправдывается тем, что эротическая практика является слишком разнообразной, а многие ее виды встречаются слишком редко, чтобы использовать специальный термин для каждого из них. Глотание мочи (уролагния), пачкание испражнениями или уколы кожи или сосков, например, могут быть частью поведенческого репертуара при садомазохизме. Часто встречающиеся различного рода мастурбаторные ритуалы, причем крайние степени такой практики — вставление предметов в прямую кишку или мочеиспускательный канал, неполное самоудушение, происходящее в том числе при обычных сексуальных контактах, — также относятся к патологии.

F65.9. *Расстройство сексуального предпочтения неуточненное.*

Включение в классификацию тех или иных форм парафилий в виде самостоятельного таксона или упоминания их лишь в сборной группе зависит от различных факторов — появляющихся эпидемиологических данных или изменяющихся представлений о их социальной значимости. Б.Л. Винокуров (1993), например, склонен объяснять перенос зоофилии в основной перечень DSM-III, причем с упоминанием женской зоофилии, влиянием обществ по защите животных, которые в США пользуются определенным авторитетом. В DSM-III-R и DSM-IV зоофилия опять не была включена в самостоятельный таксон, оказалась в сборной группе «атипичных парафилий». Трансвестизм в DSM-III был целиком отнесен к парафилиям. Лишь в DSM-III-R был оставлен как вариант парафилии только трансвеститский фетишизм, тогда как трансвестизм двойной роли отнесен к расстройствам половой идентичности и занял место рядом с транссексуа-

3 – 3935

лизмом, что воспроизведено и МКБ-10. В DSM-IV в описании трансвеститского фетишизма не упоминается о мастурбации, а говорится только, что переодевание в платье противоположного пола вызывает половое возбуждение. В отличие от МКБ-10 и DSM-III, в DSM-IV используют в отношении садизма и мазохизма уточнение «сексуальный», поскольку осуществлялись попытки употребления данных обозначений в отношении определенных личностных типов. Последняя группа «атипичных парафилий» состояла из простого перечисления (в порядке английского алфавита) всех перверсий, которые ранее не были выделены (копрофилия, фроттеризм, клизмафилия, мизофилия, некрофилия, урофилия). В DSM-III-R к этому перечню были добавлены зоофилия и телефонная скатология, причем последнюю в DSM-IV предполагалось даже выделить в особый таксон, что, однако, сделано не было. В DSM-III-R также были внесены уточнения в отношении диагностики педофилии: педофилом могло считаться только лицо старше 16 лет, а объект его влечения должен быть моложе его не менее чем на 5 лет и не старше 13 лет. Было выделено и 2 типа педофилии — эксклюзивный (влечение только к детям) и неэксклюзивный (и к детям, и к взрослым). DSM-IV также предусматривает подразделение в зависимости от направленности педофильного влечения на девочек, мальчиков, на тех и других и отдельно — ограниченное инцестом.

Классификация парафилий остается несовершенной, поскольку ориентирована все-таки прежде всего на противоречие поведения социальным нормам. К тому же она остается условной, с одной стороны, в силу одновременного совмещения в реальном поведении характеристик различных форм аномалий сексуальности, с другой — поскольку не может охватить все их многообразие.

Так, претензии к существующим классификациям предъявляются исследователями сочетанных форм парафильного поведения. Одними из первых G.G. Abel и соавт. (1985) подвергли сомнению содержавшиеся в DSM-III положения не только о редкости парафилий, но и об изолированном существовании каждого их вида. Согласно их данным, 411 парафиликов совершили к моменту обследования 238 711 попыток и 218 900 завершенных девиантных актов против 138 137 жертв. При этом 50 % педофилов совершали изнасилования, 29 % были эксгибиционистами, 13 % — вуайеристами, 5 % — садистами, 3 % — мазохистами и 8 % — фроттеристами. У 89 насильников также были выявлены множественные парафилии: 50 % были педофилами, 29 % — эксгибиционистами, 20 % — вуайеристами, 11 % — садистами, 3 % — мазохистами, 5 % — транссексуалами и столько же — трансвеститами. В более позднем исследовании, в 1988 г., автор провел детальный анализ 561 мужчины, проходивших обследование на предмет возможного парафильного влечения, по четырем направлениям: 1) пол объекта; 2) возраст объекта; 3) инцестуозно-неинцестуозное поведение; 4) насильственное-ненасильственное поведение. У 112 (20 %) субъектов выявлены девиантные действия как в отношении мужских, так и женских объектов; 239 (42,3 %) — совершали деяния в отношении как минимум двух выделенных возрастных групп; 131 (23,3 %) — совершали как внутрисемейные, так и внесемейные сексуальные действия; 146 (26 %) субъектов прибегали как к насильственным, так и ненасильственным парафильным реализациям. При этом только у 10,4 % обследованных устанавливали лишь один диагноз из 21 категории парафилий, у 19,9 % — два диагноза, у 20,6 % — три, у 11,5 % — 4, а у 37,6 % обследованных — от 5 до 10 диагнозов парафилий. Эти данные были подтверждены канадскими исследователями Клиники сексуального поведения [Bradford J.M.W. et al., 1992], которые на ос-

новании изучения 443 мужчин, поступивших на судебно-психиатрическое обследование, выявили, что из 274 включенных в окончательную обработку парафиликов среди эксгибиционистов 20 % были вовлечены в гетеросексуальную педофильную активность, 20 % — в гетеросексуальную эфебофильную (10 % из них осуществляли гомосексуальное педофильное, а 8 % — гомосексуальное эфебофильное поведение). Более того, у 11 % из них выявляли трансвеститские, у 51 % — вуайеристские склонности. 30 % совершали акты фроттеризма, 13 % — осуществляли попытки изнасилования, а 6 % обследуемых совершили последнее. Попытки изнасилования также в 17 % случаев пересекались с гетеросексуальной педофилией, в 24 % — с эфебофилией и в 100 % случаев — с совершенными изнасилованиями. На основании полученных результатов G.G. Abel и C. Osborn (1992) указывали, что лица с парафилиями имели тенденцию осуществлять вариации парафильного поведения, пересекая внутренние границы индивидуальной парафилии. Полученные данные опровергают ранние теории, согласно которым лица с парафилиями постоянно и компульсивно повторяют однородные виды парафилий без пересечения с другими категориями вследствие специфического раннего жизненного опыта или специфических эмоциональных конфликтов. Наиболее же верным объяснением они считают наличие у парафиликов общего дефицита контроля, ведущего их к осуществлению разнообразных форм парафильного поведения с разными жертвами. Из этого же следуют предложения по пересмотру классификационных подходов к парафилиям.

Необходимо отметить, что проблема полиморфизма аномального сексуального поведения зависит от подхода: при синхроническом подходе о полиморфизме можно говорить тогда, когда присущие разным формам парафилий феномены проявляются в одной ситуации (например, при обнажении половых органов только перед детьми будет диагностироваться педофильный эксгибиционизм). При диахроническом подходе полиморфизм будет означать последовательную смену синдромов в процессе развития болезни.

Результатом этих работ также явилось утверждение, что классификация не позволяет проводить диагностику некоторых форм аномального сексуального поведения как парафильного, хотя к тому есть клинические основания. В свете этого оправданным следует считать использование обозначений, даже не упоминающихся в классификациях, например «раптофилия», а также применение в исследовательских работах более обобщающих типологий, например «агрессивных» и «неагрессивных» вариантов парафилий.

Одним из проблематичных является вопрос о том, представляет ли собой изнасилование истинную парафилию (раптофилию), при которой сексуальное удовлетворение стереотипно достигается путем насильственного принуждения к сексуальному взаимодействию (изнасилования) партнера. При этом, однако, отсутствуют такие характерные для *садизма* элементы, как намеренное причинение боли или унижения, являющиеся обязательным условием сексуального возбуждения. Аргументы для признания изнасилования одним из видов парафилий исходят из нескольких источников. Клинические интервью лиц, совершивших изнасилования, представляют информацию о том, что во многих случаях у данных субъектов присутствуют навязчивые, повторяющиеся, компульсивные побуждения и/или фантазии, сюжетом которых является изнасилование. Последние имеют циклическую природу, переживаемые индивидом желания увеличиваются по интенсивности и в конце концов становятся слишком сильными. Субъект стремится взять их под контроль, однако по мере того, как побуждения

становятся слишком интенсивными, контроль нарушается и желания претворяются в жизнь с последующей временной их редукцией. Данный паттерн весьма специфичен для истинных парафилий. Дополнительным подтверждением служит то, что изнасилование является феноменом, сопутствующим другим видам парафилий. В частности, у насильников имеется высокая вероятность существования в прошлом или появления в будущем других парафилий в дополнение к изнасилованию.

K. Freund и соавт. (1983, 1984), K. Freund и R. Blanchard (1986), K. Freund (1990) постулировали, что у некоторых парафиликов, включая раптофилов, существует высокая коморбидость с другими видами аномальной сексуальной активности. G.G. Abel и соавт. (1977) провели исследование эротических предпочтений у насильников с использованием фаллоплетизмографии и выявили, что они в равной степени возбуждались как от описаний сексуальных проявлений с применением насилия, так и от секса без применения насилия, в то время как ненасильники значительно меньше возбуждались от стимулов, содержащих элементы насилия. После проведения вышеупомянутых исследований G.G. Abel (1985), ссылаясь уже на наличие множественных парафилий у насильников, сказал о том, что изнасилование является субкатегорией парафилий.

Диагностические принципы МКБ-10 подразумевают не только возможность, но и необходимость в соответствующих случаях ***полидиагностики***, т.е. использования нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая. Во-первых, возможно раздельное кодирование длинника болезни и настоящего состояния [Циркин С.Ю., 1993]. Во-вторых, это позволяет учитывать *коморбидность* парафилий — сосуществование их с иными психопатологическими состояниями.

M. Rutter (1997) выделяет несколько видов коморбидности: 1) представляющую два проявления одного расстройства; 2) отражающую две стадии одного основного состояния; 3) являющуюся результатом одного и того же или связанных друг с другом факторов риска; 4) представляющую нозологически отдельные состояния; 5) являющуюся следствием того, что одно состояние предрасполагает к другому.

J. Money (1990) употребляет понятие «синдром частичного совпадения», подразумевая сочетание сексуальных девиаций с височной эпилепсией, биполярными, шизоидными, обсессивно-компульсивными расстройствами. Он также отмечает, что парафилии у некоторых больных не просто сосуществуют с височной эпилепсией (в виде двойного диагноза), но между эпизодическими приступами сексуального поведения и эпилептическими припадками бессудорожного типа (известными как психомоторные или височные) имеется явное сходство.

На возможность изменения сознания при парафильных реализациях указывал еще Р. Крафт-Эбинг. Так, приводя историю больного Верцени, прибегавшего к садистически-гомицидным актам, сопровождавшимся антропофагией, он писал, что тот «при совершении своих преступлений не сознавал, что вокруг него делается». Автор предполагал, что это было связано с «прекращением апперцепции и инстинктивности действий, обусловленных чрезмерным половым возбуждением». D. Bourget и J.M.W. Bradford (1995) обследовали 20 пациентов, которые жаловались на амнезию своих противоправных сексуальных действий, что составило 4 % от всех наблюдавшихся ими лиц с девиантным сексуальным поведением. Авторами не исключается в этих случаях роль диссоциативных процессов во время совершения девиантных действий. Для обозначения свойственных парафильному поведению искажений сознания используется, например, термин «парафилические фуги»,

отражающий состояния, которые характеризуются внешней целенаправленностью поведения при его автоматичности и непроизвольности в действительности [Money J., 1992]. Эти состояния рассматриваются, с одной стороны, как близкие к психомоторным припадкам, с другой — в одном ряду с диссоциативными расстройствами, также образующими синдром «частичного совпадения» с парафилиями. Впрочем, существование подобных взаимосвязей между содержанием и формой психопатологического состояния известны достаточно давно. Так, Т.Н. Гордова (1938) приводит наблюдения у эпилептиков кататимного перехода в содержание состояний нарушенного сознания детских переживаний, аффективно в свое время насыщенных, потом забытых и позднее неоднократно стереотипно продуцируемых только в состояниях неясного сознания с регрессом больных в тот период детства, который соответствовал времени переживания.

Отмечалась также связь между парафилиями и нарушениями контроля импульса, другими формами аддикции [Borrego H.O., 1995] и обсессивно-компульсивными расстройствами [Pearson H., 1990]. E. Coleman (1990) говорил тоже о связи компульсивного сексуального поведения с генерализованными тревожными расстройствами и дистимиями.

2.4. Нарушения сексуального развития

В связи с тем что сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается в качестве расстройства, была сделана попытка отдельно регистрировать клинические проблемы индивидуума, возникающие вследствие особенностей сексуального развития и сексуальной ориентации.

F66. **Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.**

F66.0. ***Расстройства сексуального созревания.***

Больной страдает от неопределенности своей половой принадлежности или сексуальной ориентации и сомнений в них, что приводит к тревоге или депрессии. Указано, что чаще это наблюдается в юношеском возрасте у лиц, которые не уверены, являются ли они гомо-, гетеро- или бисексуальными. Однако упоминается и другая когорта лиц, которые обнаруживают изменение собственной сексуальной ориентации после периода явно стабильной сексуальной ориентации со стабильными партнерскими отношениями.

F66.1. ***Эгодистоническая сексуальная ориентация.***

Половая идентичность или сексуальное предпочтение не вызывает сомнений, но индивидуум желает, чтобы они были иными в связи с дополнительно имеющимися психологическими нарушениями или поведенческими расстройствами и потому может стремиться к лечению с целью изменения их.

АМКБ: сюда же включаются случаи, при которых сексуальное предпочтение не вызывает сомнений, однако индивидуум, не желая его изменить, готов на хирургическую и/или гормональную коррекцию собственного тела.

F66.2. ***Расстройство сексуальных отношений.***

Аномалии половой идентичности или сексуального предпочтения приводят к затруднениям в формировании или сохранении связи с сексуальным партнером.

F66.8. ***Другие расстройства психосексуального развития.***

F66.9. ***Расстройство психосексуального развития, неуточненное.***

Для регистрации вариантов указанных расстройств используются следующие *пятизначные коды*:

F66.x0. Гетеросексуальный тип;

F66.x1. Гомосексуальный тип;

F66.x2. Бисексуальный тип (используется только при очевидности сексуальной привлекательности обоих полов);

F66.x8. Другой тип, включая препубертатный.

Введение перечисленных рубрик в значительной степени явилось компромиссом в споре о классификации гомосексуализма. Первое голосование президиум Американской психиатрической ассоциации провел 15.12.1973 г. Из 15 его членов 13 высказались за исключение гомосексуализма из реестра психических расстройств. Это решение инициировало протест ряда специалистов, которые собрали необходимые 200 подписей для проведения референдума по данному вопросу. Голосование состоялось в апреле 1974 г. Из немногим более 10 тыс. бюллетеней 5854 подтвердили решение президиума, а 3810 голосовавших не признали его. Все это получило название «эпистемологического скандала», поскольку для истории науки разрешение чисто научного вопроса путем голосования является случаем уникальным. В результате термин «гомосексуализм» был первоначально заменен на «нарушение сексуальной ориентации» — понятие, допускающее широкое толкование.

Одним из основных аргументов против сохранения гомосексуальной ориентации в ряду парафилий является исключительно социальный характер подобной оценки при отсутствии каких-либо объективных критериев ее патологичности. Наиболее подробно эту аргументацию излагает И.С. Кон (1998). Вместе с тем данная работа содержит факты, противоречащие этому и указывающие на относительную устойчивость и независимость от социальных условий некоторых проявлений гомосексуального поведения.

1. *Анонимность гомосексуальной активности.* Описание гомосексуальных связей как безличных сохраняется в воспоминаниях о уже изменившихся условиях жизни геев. А. Кантровиц писал: «В некоторых новых банях возводились сложные фантастические сооружения, позволявшие клиентам воображать себя находящимися в припаркованных грузовиках или в тюремных камерах. Частные клубы превращались в гигантские мужские туалеты. Одно такое заведение, «Славная дыра», было поделено на кабинки с проделанными в стене отверстиями, через которые можно было заниматься анонимным сексом не с мужчиной, а только с его гениталиями. Вся наша с трудом добытая свобода и обширная жизнь приводили нас обратно в объятия отчуждения и одиночества». Л. Крамер писал: «Из 2 639 857 гомиков большого Нью-Йорка 2 639 857 думают главным образом своими пенисами», «я устал использовать свое тело как безликую вещь для соблазнения другой безликой вещи, я хочу любить Лицо!» Частая сменяемость партнеров всегда была характерной особенностью гомосексуальных контактов. Согласно данным 1971 г., каждый седьмой опрошенный немецкий гомосексуал имел в течение жизни свыше 600, а некоторые (среди 31—35-летних — 11 %) — свыше 1000 партнеров. Даже после эпидемии СПИДа, по данным 1981 г., в отличие от гетеросексуальных студентов, среди которых только 5 % за последний год имели более 5 партнерш, среди гомосексуалов таким числом партнеров мог похвастаться каждый второй.

2. *Связь гомосексуализма с другими парафилиями.* Родственность эта даже становилась официально оформленной. NAMBLA, крупнейшая педофильская организация, с 1983 г. состояла в ILGA, Международной ассоциации лесбиянок и геев. Только в 1994 г. ILGA исключила ее и две родственные ей организации из своего состава, чтобы получить права ассоциированного членства в Экономическом и Социальном совете при ООН. Несмотря на то что решение это запоздало и членство ILGA было приостановлено, некоторые радикальные геевские организации расценили решение ILGA как уступку консервативным кругам США и в знак протеста вышли из ее состава. Не менее значимы и садомазохистические мотивы среди гомосексуально ориентированных лиц. Не случайно одна из главных гомоэротических «икон» нового времени — образ святого Себастьяна, стараниями художников Возрождения превратившегося в нежного женственного юношу, почти мальчика, что «дает обильную пищу гомоэротическому воображению с садомазохистским уклоном, позволяя зрителю, в зависимости от собственных пристрастий, идентифицироваться как с Себастьяном, так и с его мучителями». Мотивы власти, господства и подчинения, явного садомазохизма занимают важное место в гомосексуальной порнографии и эротике, получая

собственное наименование «кожаного секса» (leather sex). Характерен своеобразный аутоэротизм гомосексуальных лиц, находящий свое выражение в так называемой «нарциссической самоизоляции». Самая массовая форма гомосексуального удовлетворения — мастурбация, которая в отличие от гетеросексуалов играет не подсобную роль, а является самостоятельной формой сексуального удовлетворения и при этом отличается выраженной интенсивностью. Если 18-летние гетеросексуальные немецкие студенты мастурбировали в среднем 11 раз в месяц, то гомосексуалы — 25 раз. Среди 26—30-летних аналогичные цифры — 6,9 и 15 раз в месяц. В 1987 г. у немецких гомосексуалов на мастурбацию приходилось 71 % всех семяизвержений.

К вышеописанному следовало бы добавить научные данные, например результаты исследования K. Freund и R.J. Watson (1992), которые обратили внимание на интересный факт: при соотношении гинефилов и андрофилов в общей популяции около 20:1, соотношение сексуальных преступников, совершающих противоправные сексуальные действия против девочек и мальчиков, составляет 2:1. Поэтому их исследование было направлено на изучение возможных связей между этиологией выбора пола партнера педофилов и этиологией предпочтения пола объекта влечения среди мужчин, предпочитающих зрелого партнера. Используя фаллометрический метод для подсчета пропорции истинных педофилов среди различных сексуальных преступников против детей и принимая во внимание известное среднее число жертв, авторы выявили, что соотношение гетеросексуальных и гомосексуальных педофилов составляет 11:1. По их мнению, это убедительно свидетельствовало о том, что доля истинных педофилов среди лиц с гомосексуальным эротическим развитием больше, нежели у лиц, которые развиваются гетеросексуально.

Существуют данные и о более общих, не связанных только с сексуальностью, психопатологических проблемах гомосексуально ориентированных лиц. Так, D.M. Fergusson и соавт. (1999) показали, что геи, лесбиянки и молодые люди с бисексуальной ориентацией находятся в группе повышенного риска развития тяжелой формы депрессии, генерализованного тревожного расстройства, расстройств поведения, различных видов зависимости, суицидальных планов и попыток.

Примечательно, что даже воинственно настроенные гомосексуалисты были готовы согласиться с термином «нарушения сексуальной ориентации», правда, придавая ему особый смысл. Так, Фрэнк Кеймени заявил, что гомосексуалист, отказывающийся от своего «статуса», и в самом деле «чокнутый» и нуждается в лечении, которое поможет ему избавиться от гомофобии [Тюйе П., 1993]. В результате в DSM-III появилось другое понятие — *«эгодистонический гомосексуализм»*, т.е. акцент был сделан на том обстоятельстве, что ситуацию как «болезнь» определяет само заинтересованное лицо — если у него «дистония», значит, есть нарушение. Если же человека собственный гомосексуализм не угнетает, говорят о его *эгосинтонической* форме. При этом в DSM-III отмечалось, что часто сами индивиды не страдают от своих парафилий, которые не вызывают у них дистресса, и проблема для них — в реакции окружения на их сексуальное поведение. Вместе с тем последующее развитие классификации привело к дальнейшей либерализации диагностических подходов. В DSM-III-R, вышедшем в 1987 г., «эгодистонический гомосексуализм» перешел в диагностический указатель, окончательно исчезнув из основного раздела руководства. В разделе, озаглавленном «Неопределенные сексуальные нарушения», остался лишь намек на него в виде примера — в некоторых случаях отмечают «серьезное и стойкое расстройство, связанное с сексуальной ориентацией пациента». При этом он оказался в сборной группе, включающей, например,

и дисморфофобии, если они касались собственных половых органов. Таким образом, термин «гомосексуализм» вовсе исчез из официального профессионального языка. Пересмотрено было и понятие «дистонический». Последнее определение используется в тех случаях, когда пациент действует под насильственными побуждениями или испытывает дистресс из-за своих действий. Таким образом, можно говорить о двух принципиально разных конфликтах — *вторичном*, обусловленном реакцией окружения, и *первичном*, возникающем в результате чуждости аномальных побуждений самих по себе. Примерно таким же образом выглядит положение в МКБ-10, где понятие «эгодистонический» относится не только к психосексуальной ориентации, но и к состояниям нарушенной половой идентичности.

К проблеме эгодистонических, чуждых личности, аномалий сексуальности тесно примыкает проблема насильственных, компульсивных сексуальных переживаний, когда диагностируемое патологическое состояние может соответствовать диагностическим критериям сразу нескольких категорий. Так, в отношении парафилий давно дискутируется вопрос о возможности применения к ним в некоторых случаях категорий обсессивно-компульсивного расстройства и расстройства контроля импульса [McElroy S.L. et al., 1992]. В какой-то мере попытка решения последней проблемы содержится в данной рубрике.

Наиболее ранним источником сегодняшних представлений о клинической дифференциации компульсивных и импульсивных форм аномального сексуального поведения была постановка проблемы эксцессивного сексуального поведения как психопатологической. Первоначально использовавшиеся обозначения его как нимфомании, эротомании, синдромов Казановы и Дон-Жуана исходили из понимания эксцессивного сексуального поведения как аморальных и антисоциальных актов. Позднее появившиеся термины «гиперэротизм», «гиперлибидо», «гиперсексуальность» были более ориентированы на представления о подобном поведении в рамках континуума с поведением нормальным. В 1980-х годах произошел характерный пересмотр прежних подходов, ознаменовавшийся введением термина «сексуальная аддикция», устанавливавшего сходство гиперсексуальной активности с химической аддикцией (алкогольной, лекарственной). Согласно A. Goodman (1993), сексуальная аддикция определяется как сексуальное поведение, направленное на получение удовольствия и устранение внутреннего дискомфорта. P. Carnes (1989) выделил ключевые аспекты поведения сексуального аддикта: *озабоченность*, когда мысли аддикта фокусируются на поведении; *ритуализация*, когда индивидуум следует однотипному методу подготовки к сексуальной активности; *сексуальная компульсивность*, когда сексуальное поведение становится неподвластным контролю индивидуума; *стыд и отчаяние*, возникающие в результате сексуального поведения.

A. Goodman (1992) сформулировал перечень диагностических критериев для сексуальной аддикции, базирующийся на критериях, которые прежде были им предложены для аддиктивных расстройств: а) периодическая неспособность противостоять импульсам к специфическому сексуальному поведению; б) нарастание ощущения напряжения, непосредственно предшествующего началу сексуального поведения; в) удовольствие или облегчение во время осуществления сексуального поведения; г) по меньшей мере пять из следующих: частая озабоченность сексуальным поведением или подготовительной к нему активностью; частое осуществление сексуального поведения в более значительной степени или более длительный период, нежели предполагалось; повторяющиеся усилия по уменьшению, контролю или устранению сексуального поведения; много времени тратится на дея-

тельность, связанную с сексуальным поведением, реализацией сексуального поведения, или на то, чтобы оправиться от его эффектов; частое осуществление сексуального поведения, когда ожидается выполнение профессиональных, учебных, семейных или социальных обязанностей; важная социальная, профессиональная или рекреационная активность откладываются или прекращаются из-за сексуального поведения; продолжение сексуального поведения, несмотря на знание об имеющихся постоянных или периодических социальных, финансовых, психологических или физических проблемах, связанных или возникающих вследствие сексуального поведения; толерантность: потребность увеличить интенсивность или частоту сексуального поведения для достижения желаемого эффекта или ограниченный эффект при продолжающемся сексуальном поведении сходной интенсивности; нетерпеливость или раздражительность в случае невозможности реализовать сексуальное поведение; д) некоторые симптомы расстройства проявляются по меньшей мере в течение 1 мес или повторяются периодически более длительный период.

R.J. Barth и B.N. Kinder (1987) полагали, что сексуальный аддикт использует секс для избавления от таких тревожно-провоцирующих ситуаций, как социальный стресс, негативные эмоции, одиночество, скука, напряжение или гнев.

Согласно A. Goodman (1992) и P. Carnes (1989), индивидуум может стать аддиктивным к любому виду сексуального поведения. Например, P. Carnes (1983) выделил три уровня аддиктивного сексуального поведения. *Первый уровень* аддиктивного сексуального поведения включает мастурбацию, гетеросексуальность, гомосексуальность и проституцию (виды поведения этого уровня рассматриваются как нормальные, приемлемые или толерантные, когда осуществляются «умеренно»); *второй* — состоит из форм поведения, которые уже считаются противоправными, например эксгибиционизм и вуайеризм; *третий* — включает инцест, злоупотребление детьми и изнасилование. Эти виды поведения описываются как имеющие серьезные последствия не только для сексуального аддикта, но и для жертвы. P. Carnes подчеркивал, что эти уровни представляют нарастание рискующего поведения.

Предлагая дефиницию непарафильной сексуальной аддикции, M.P. Kafka и R. Prentky (1992) одновременно указывали на ее коморбидность с парафилиями. Для прояснения взаимосвязи между непарафильной сексуальной аддикцией и парафилиями авторами были сопоставлены частота сексуального поведения, интенсивность сексуального желания, временные затраты на неконвенциональные формы сексуальной активности и другие параметры у представителей этих двух групп. Оказалось, что наиболее распространенным на протяжении жизни сексуальным поведением в обеих группах была непарафильная сексуальная аддикция, особенно в виде компульсивной мастурбации, эгодистонического промискуитета и зависимости от порнографии. При этом в суммарном сексуальном опыте преобладали ненормативные паттерны, а формы сексуально-аддиктивного или парафильного поведения затмевали конвенциональные виды активности. Авторы пришли к выводу, что коморбидное присутствие множественных форм непарафильной сексуальной аддикции у 93 % мужчин с парафилиями, сопровождающееся сравнимыми сексуальными и психосоциальными последствиями, свидетельствует о том, что непарафильная сексуальная аддикция может представлять собой культурально адаптированные формы психопатологии, которые могут манифестировать и как парафилия. В свете этих данных ими была предложена дефиниция гиперсексуальности, связь которой с неконвенциональными сексуальными проявлениями кажется им достаточно очевидной.

По мнению многих исследователей [Quadland M.C., 1985; McCarthy B.W., 1994], гиперсексуальность лучше понимается именно как компульсия, в связи с чем появился термин «сексуальная компульсивность». M.C. Quadland (1985) выделил следующие основные характеристики этого расстройства: снижение контроля над сексуальным поведением; низкая сексуальная удовлетворенность и диссоциация между любовью, эмоциональной привязанностью и сексуальным поведением. Автор утверждал, что гиперсексуальное поведение вызывается высоким уровнем тревоги, от которой эксцессивное сексуальное поведение избавляет индивидуума. Подобное описание напоминает поведенческие паттерны обсессивно-компульсивных расстройств.

Как указывают У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни (1998), не всеми специалистами модель сексуальной аддикции была принята с воодушевлением. Так, Levine и Troiden (1988) считали определения сексуальной аддикции и компульсии «концептуально порочными», а критерии их диагностики — «субъективными». Они видели причины их появления в угрозах, связанных с генитальным герпесом и СПИДом, поскольку до 1980-х годов компульсивное половое поведение считалось вполне законным, и только затем возобладали ортодоксальные взгляды. Несколько иная аргументация была представлена другим противником концепции, S. Peel (1989), который считал, что объявление тех или иных форм поведения неконтролируемыми компульсиями ведет к уменьшению числа привлеченных к ответственности лиц за их действия, даже если они наносят вред другим. Между тем все эти возражения носят более эмоциональный, чем научный характер. Достаточно сказать, что понятие компульсивности лишь восстанавливает психопатологически выверенные подходы, у истоков которых стоял V. Magnan, еще в 1893 г. рассматривавший некоторые формы аномального сексуального поведения в ряду иных, несексуальных, нарушений, объединяемых свойственной им насильственностью побуждений.

Однако положение о тесной связи аномального сексуального поведения с аффективными расстройствами остается наименее оспариваемым, и основным пунктом расхождения является возможность при подобном поведении получения удовольствия. Именно этот факт послужил основанием для отграничения некоторых поведенческих вариаций (расстройства приема пищи, парафилии, патологическое воровство, алкогольная зависимость) от «истинных» компульсий, в отличие от которых желание противостоять возникающим побуждениям появляется только вследствие осознания вторичного вреда (DSM-III-R). Между тем подобное категорическое отрицание компульсивной природы парафилий вряд ли обоснованно. Сам по себе используемый в данном случае критерий дифференциации довольно сомнителен с клинической точки зрения, поскольку сразу же возникает вопрос о смысловом содержании понятия «удовлетворения». С одной стороны, многие пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством испытывают облегчение в результате исполнения своих ритуалов, с другой — лица с аномальным сексуальным поведением описывают свои переживания в ходе девиантных реализаций как не имеющие ничего общего с нормативной сексуальной разрядкой, а у некоторых они приводят к выраженному эмоциональному дискомфорту. Более серьезным клиническим признаком, сближающим обсессивно-компульсивные расстройства и компульсивную сексуальность, является чуждость возникающих побуждений, их аутохтонный, насильственный характер.

Клиническая реальность убедительно свидетельствует о том, что в вышеуказанном разграничении отсутствует психопатологическое разнообразие даже однородных форм парафильного поведения. Это не удивитель-

но, поскольку психопатологическая форма выявления независима от содержания клинического феномена. Такое замечание справедливо и в отношении возможности импульсивного сексуального поведения.

R.J. Barth и B.N. Kinder (1987) утверждали, что характеристики, связанные с экцессивным сексуальным поведением, наиболее точно могут быть описаны как атипичные *расстройства контроля импульса*. При этом они ориентировались на следующие критерии диагностики, содержащиеся в DSM-III-R, для расстройств контроля импульса: 1) неспособность противостоять импульсу, влечению или искушению, которые пагубны для индивидуума или других людей. Может быть, а может и не быть сознательное сопротивление импульсу. Акт может быть, однако, может и не быть преднамеренным или спланированным; 2) нарастание ощущения напряжения перед совершением акта; 3) переживание удовольствия, удовлетворения или облегчения во время совершения акта.

Действие является эгосинтоническим, т.е. согласующимся с непосредственно осознаваемыми желаниями индивидуума. Непосредственно после акта могут быть или отсутствовать неподдельное раскаяние, самобичевание и переживание вины.

При сравнении используемых критериев всех трех обозначений аномального сексуального поведения нетрудно выявить существенное сходство ряда признаков. Однако это не должно вести к полному их отождествлению, что иногда происходит. Аддиктивность, или зависимость, — более обобщающее понятие, которое применимо и к компульсивным, и к импульсивным формам парафилий. Последние же, хотя и могут являться этапами динамики патологического влечения, по клинической своей сути представляют различные психопатологические состояния. Не случайно и своеобразие парафильной активности, свойственное каждому из них. Например, в отличие от жестко фиксированного сценария, целиком определяемого внутренней ритуальной программой при компульсивных парафилиях, импульсивное сексуальное поведение нередко модифицируется в соответствии с характером внешнего стимула, варьирует от чисто педофильной до садистической активности.

Теоретическая неопределенность порождает двусмысленность итоговых классификационных подходов к патологии сексуального влечения. Действительно, с одной стороны, парафилии (нарушения сексуального предпочтения) есть самостоятельная группа психических расстройств в рамках «Расстройств зрелой личности и поведения» (F65). Отнесение парафилий и расстройств идентичности в данную группу не является бесспорным. Как известно, по второму знаку классифицируется группа психических расстройств, имеющих между собой определенную близость или связь прежде всего по форме проявления и в меньшей степени — по характеру поражения (органическому или функциональному). Объединение психосексуальных расстройств с расстройствами личности и влечений, по-видимому, соответствует продекларированному во введении к рубрике положению о их общности как клинически значимых состояний поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственных индивиду стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Указывается, что некоторые из этих состояний и типов поведения возникают рано в процессе индивидуального развития как результат влияния конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются позднее.

Однако те же парафилии в некоторых ситуациях теряют свою клиническую самостоятельность и становятся отдельными симптомами других пси-

хических расстройств. Так, они выступают в роли особого критерия диагностики органических расстройств личности (F07.0), причем считающегося характерным для личностного синдрома лимбической эпилепсии. Самостоятельная диагностическая роль нарушений поведения, как и личностных изменений, в настоящее время признана современными классификациями психических расстройств. Особое место при этом занимают органические психические расстройства. Наиболее показательны в этом смысле диагностические указания к рубрике F07 «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга», среди которых дважды упоминаются расстройства сексуального поведения (предъявление неадекватных сексуальных притязаний без учета последствий или социальных условностей, гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения). При том, что для установления достоверного диагноза требуется не более двух подобных признаков в дополнение к анамнестическим данным или другим свидетельствам дисфункции головного мозга, клиническая картина органического расстройства личности (например, личностного синдрома лимбической эпилепсии) формально может исчерпываться проявлениями аномальной сексуальности.

Наличие обсессивных мыслей «без внутреннего сопротивления» с сексуальным или агрессивным содержанием также рассматривается как отдельный диагностический критерий шизотипического расстройства (F21). По соседству с парафилиями располагается «Эмоционально лабильное расстройство личности» (F60.3), диагностическим критерием пограничного типа которого является «расстройство и неопределенность образа "Я", целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные)».

Во всех предшествовавших DSM-IV классификациях, включая МКБ-10, описываемые состояния помещались в разных рубриках. В DSM-III-R, например, расстройства половой идентичности находились за рамками собственно сексуальной патологии. В МКБ-10 существует несколько иное подразделение, подразумевающее соседство парафилий (F65 — расстройства сексуального предпочтения) и расстройств половой идентичности (F64) в группе «Расстройства зрелой личности и поведения», тогда как сексуальные дисфункции описываются в рубрике «Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием» (F52) группы «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами».

Как видим, одним из фундаментальных изменений современного этапа развития психиатрии является то, что в последней классификации (DSM-IV) впервые объединены все психосексуальные расстройства независимо от их этиологии. Сведение всех этих состояний воедино более оправданно по нескольким причинам. Во-первых, подобное объединение знаменует становление сексологии как особой отрасли знаний и отдельной клинической дисциплины, что близко к отечественным подходам; во-вторых, между ними могут существовать многообразные патогенетические и патопластические взаимосвязи, например формирование парафилий может базироваться на искажениях половой идентичности, а нарушения психосексуальных ориентаций предопределять функциональные сексуальные расстройства, и т.д. Примечательно, что связь всех этих расстройств учитывалась во всех предшествующих «традиционных» классификациях, располагавших в одном ряду и количественные, и качественные нарушения сексуальности.

Глава 3

Правовая регуляция сексуального поведения и судебная сексология

3.1 Становление норм сексуального поведения и сексологии

Судебная сексология возникает на пересечении уголовно- и гражданско-правовых юридических аспектов сексуальности и сексологии как одной из междисциплинарных областей знания. Несмотря на свою молодость, исчисляемую не более чем одним столетием, сексология уходит своими корнями в самое начало человеческого существования. Историю человеческой сексуальности в принципе можно считать тождественной эволюции человеческого сознания [Richardson H., 1971]. Одновременно история сексологии — это история видоизменения тех табу, которые были и остаются связанными с сексуальностью. Поэтому основные этапы развития сексологии теснейшим образом переплетаются с трансформацией взглядов на суть сексуальности.

Основными источниками сведений об отношении к сексуальности в ***доисторический период*** в первобытных культурах являются наскальные рисунки раннего и позднего палеолита (1 млн — 8000 лет до н. э.), а также мифы и культы современных примитивных культур. И те и другие содержат элементы многих сегодняшних представлений: например, изображения женщины с фаллосом, многочисленные мифы и предания о двуполых существах, которые почти во всех источниках, начиная от древнеегипетских и древнеиндийских манускриптов и кончая свидетельствами Геродота и Плутарха, являлись символами плодородия, так или иначе находят свое отражение в более поздних обсуждениях проблем андрогинии.

Не менее устойчивыми являются ассоциации сексуального поведения с поведением агрессивным. Женщина и сношения с ней в ряде случаев были табуированы. В древности существовали эквивалентные переходы: «охота — брачные отношения», «стрелок — жених», «дичь — невеста», т.е. образы охоты перетекали в образы брачных отношений (в русском фольклоре это, например, сказка о Царевне-лягушке). Как считает В.М. Розин (1993), архаический человек рассуждал следующим образом: к беременной женщине новая душа приходит от предка-родоначальника племени, который посылает ее, «выстреливая» через (посредством) отца ребенка. В этом смысле брачные отношения — не что иное, как охота: отец — это охотник, а невеста (жена) — дичь; именно в результате брачных отношений (охоты) новая душа из дома предка переходит в тело матери. Подтверждение этого автор видит в том, что в наскальных рисунках встречаются изображения стрелков с поднятым фаллосом, прицеливающихся из луков в половые органы зверя или же в женщин, стоящих в эротической позе.

Аналогичное убеждение заключается в том, что после смерти животного или человека душа возвращается к роду, предку племени. Перегоняет же ее охотник, а появится она снова в теле младенца, детеныша животного. Первое половое общение виделось как охота, заканчивающаяся ранением, что понималось как хотя и временное, но все же изгнание души из тела невес-

ты (это было опасно и хотелось этого избежать); охота и война требовали сил для воздействия на души животных и врага, поэтому нельзя было их расходовать на брачные отношения.

Первым и наиболее фундаментальным явилось табу на инцестные отношения. В большинстве культур, особенно традиционных, запрет на кровосмешение по-прежнему продолжает играть важную роль в общественной жизни.

В Африке повсеместно были распространены традиционные образцы сексуального поведения, нормы послушания старейшинам, полигамия, сексуальные табу относительно кровных родственников. У африканских бохинду [Westermark E., 1889] все дети, рожденные в одной деревне в один и тот же день, считались близнецами и не могли заключать браки между собой. У Akamba в Британской Ост-Африке закон «избегания» распространяется на дочерей, которые тщательно избегают отца в период между наступлением половой зрелости и замужеством. У Baronros в бухте Делагов в Африке самые строгие предосторожности принимаются по отношению к невестке, жене брата собственной жены. Если мужчина встречается с ней где-нибудь, то бывает вынужден уйти. Он не рискует есть с ней из одной миски, не позволяет себе зайти в ее хижину, нерешительно заговаривает с ней и здоровается дрожащим голосом.

У индейцев навахо брачные запреты распространялись на всех представителей материнского или отцовского кланов [Diamond M., 1992]. В некоторых традиционных обществах мужчина не мог жениться на овдовевшей жене брата, в других — такой брак не только позволялся, а даже предписывался в случае бездетности вдовы. «Брат ее мужа должен прийти к ней и, осуществляя свое право, сделать ее своей женой» [Deut K., 1925].

В обычаях туземцев Центральной Полинезии до сих пор негативно оцениваются кровосмешение, сексуальные контакты партнеров, состоящих в близком родстве. У народа Туру из Танзании мужчине и женщине, находящимся на второй ступени родства, обычай запрещает вступать в любовную связь. Это родство является первым ответвлением от группы братьев, которая состоит из лиц, имеющих общего предка 5 поколений назад. Все мужчины этой ступени родства являются братьями, а их жены — женами каждого из них. Хотя обычай и не запрещает сожительство с женами братьев, чаще всего к этому не прибегают. Мужчины туру, как правило, ищут любовниц вне круга второй ступени родства [Старович Л., 1991].

Еще З. Фрейд (1912) упоминал обычаи и традиции «избегания», направленные на регламентацию поведения родственников. Так, в Меланезии, на одном из Неогибридских островов, на полуострове Газели в Новой Британии, начиная с церемониала возмужалости, мальчик покидает материнский дом, не может в него заходить, если там находятся его сестры, а при встрече с ними на улице он должен убежать или спрятаться. Если мальчик узнает следы ног своих сестер на песке, то ему нельзя идти по этим следам, как и им по его. Более того, он не может произносить их имен и даже слова, в которые имя входит как составная часть. Это «избегание» соблюдается на протяжении всей жизни. На Новом Мекленбурге такие ограничения распространяются на двоюродных брата и сестру. Они не должны близко подходить друг к другу, подавать руки, дарить подарки и могут говорить друг с другом на расстоянии несколько шагов. В наказание за инцест с сестрой полагается смерть через повешение.

На острове Фиджи правила «избегания инцеста» особенно строги, поскольку они касаются не только кровных родственников, но и групповых сестер. При этом у них проводятся священные оргии, в которых лица

именно с этой запрещенной степенью родства отдаются половому соединению. Создается впечатление, что существует сильное искушение в межродственных сексуальных отношениях, которое можно избежать лишь строжайшим запретом. У племени Battas на Суматре отец не остается наедине со своей дочерью, как и мать с сыном, поскольку у этого народа принято думать, что пребывание наедине мужчины с женщиной приведет к неподобающей интимности, и во избежание всевозможных наказаний они стараются избежать подобных искушений.

Самое распространенное «избегание» касается ограничений между мужчиной и его тещей. Оно распространено повсюду в Австралии, а также в силе у меланезийских, полинезийских и негритянских народов. У некоторых из них имеются подобные запрещения общения женщины со своим свекром, или же и тесть, и теща становятся предметом «избегания». Так, на Банковых островах, если они случайно встречаются, то один из них должен отойти в сторону и повернуться спиной. В Vanna Lava мужчина не должен проходить по берегу моря за своей тещей, пока прилив не смоет ее следы на песке. Разговаривать друг с другом они могут только на определенном расстоянии, и совершенно исключена возможность того, что он когда-нибудь произнесет имя тещи или она — зятя. На Соломоновых островах мужчина не должен смотреть на свою тещу, разговаривать с ней, а при встрече всегда убегает. У зулусов нравы требуют, чтобы мужчина стыдился своей тещи и всячески избегал встреч с ней. Если же они все-таки встречаются, то она должна соблюсти необходимую церемонию, привязав пучок травы вокруг головы. У Basoga — негритянского племени в области истоков Нила — мужчина может разговаривать со своей тещей, только когда он находится в другом помещении. Этот народ так боится кровосмешения, что не оставляет его безнаказанным даже у домашних животных.

Впрочем, хотя так называемый страх инцеста принято считать универсальным, анализ культурного опыта многих человеческих групп Африки, Америки и Китая позволил R. Fox (1980) сделать заключение о том, что говорить о едином отношении к инцесту невозможно. «В некоторых культурах — это действительно страх, в других — всего лишь неловкость, а в третьих — безразличие». Социологи говорят об «универсальности» табу на том основании, что в большинстве человеческих групп тем или иным образом ограничивались сексуальные связи между родителями и детьми, или между сиблингами. В то же время определение других типов инцеста не является универсальным. Запреты, распространяющиеся на родственников мужа или жены, кузенов или кузин, крестных, сводных сестер или братьев, в разных культурах существенно отличаются.

Во многих традиционных обществах взрослые сексуально стимулируют половые органы своих детей (обоих полов) для того, чтобы успокоить их. В традиционной культуре жителей Гавайев и Самоа в обязанности взрослых входила сексуальная инициация неполовозрелых детей. «Для взрослых было немыслимо не дать ребенку такого рода образование» [Diamond M., 1990]. Такие действия, будучи интегрированными в культурное наследие, считаются нормальными и не вызывают порицания. Во многих культурах были распространены браки между сводными братьями и сестрами. Известно, по крайней мере, 96 различных обществ, в которых разрешались сексуальные отношения между членами одной семьи [Fox R., 1980].

Для Древнего Египта были характерны кровосмесительные связи, в частности среди фараонов и аристократии. Этот обычай имел религиозную основу, ибо Изида вышла замуж за своего брата Осириса. Инцест, помимо сакрального, имел и династическое значение. При этом известно, что среди

других народов подобные обычаи осуждались и карались. Кроме того, в Египте были известны случаи содомии, трансвестизма. Терпимость относительно различных форм сексуального поведения объясняли тем, что люди, использующие эти формы, не наносят вред другим, а также они имеют детей и справляются со своими обязанностями. В Греции кровосмешение не наказывалось законом, но трактовалось как проступок перед религией [Старович Л., 1991]. В эллинистической Арсиное II в. до н. э. две трети браков, зафиксированных источниками, были заключены между сиблингами [Middleton R., 1962].

Евреи включили инцестное табу в Моисеевы законы и распространили его на единокровных сестер. Наказаниями служили «остракизм», ритуальное публичное отлучение от церкви и смерть. Однако браки между близкими родственниками случались. Так, Лот совершил инцест со своими дочерьми при их подстрекательстве, так как они хотели иметь детей. Авраам женился на своей единокровной сестре Саре. Иаков женился на сестре своей первой жены с согласия ее отца. Рувим имел отношения с женой своего отца, Валлой, и за это не был наказан. Моисей был сыном тети и племянника. Иезекиль протестовал против распущенности инцестных обычаев во время Вавилонской ссылки. Инцестное табу стало более эффективным в период более позднего пребывания евреев в Палестине [Caprio F., 1962]. В Ветхом завете представлен подробный перечень правил, определяющих все типы родственных отношений, которые позволяют или запрещают вступление в брак. Сексуальная связь, нарушающая соответствующий запрет, была серьезным преступлением [Левит 18:6—18]. Мать и дочь за соитие приговаривали к сожжению, а сиблингов, вступивших в отношения инцеста, — к публичной казни [Kling S.J., 1965]. Эти общие инцестные табу среди евреев явились основой для последующих табу в западной культуре, особенно в Англии и Соединенных Штатах.

В то же время, согласно Талмуду, девочку, которой исполнилось «три года и один день», могли с согласия отца официально обручить, совершив с ней половой акт. Соитие с девочкой младше 3 лет, хотя и не вело к бракосочетанию, также не считалось незаконным [Rush F., 1980]. С распространением христианства допустимый возраст для вступления в первый сексуальный контакт увеличился до 7 лет. Однако соитие с ребенком, не достигшим этого возраста, также не преследовалось.

В шумеро-месопотамской культуре кровосмешение и зоофилия запрещались. В Персии в начале V в. н. э. у зороастрийцев поощрялись браки между родителями и детьми, а также между братьями и сестрами [Duschesne-Guillemin J., 1996; Bullough Vern L., 1976]. В христианстве в средние века синоды вводили всевозможные предписания, чтобы избежать кровосмешения. С X в. запрещалось вступать в брак лицам, находящимся в родстве вплоть до 7-го колена. Это предписание объявило недействительным многие браки, особенно среди аристократов, где они часто заключались в кругу семьи или среди членов родственных династий. Признание недействительными многих браков зашло так далеко, что Лютеранский собор в 1215 г. свел критерий кровосмешения до 4-го колена. В проповедях нарастала угроза греха, расширялся образ ада, чистилища и сокращались описания прелестей рая. Так, католическая церковь распространила давно существовавшее запрещение брака между братьями и сестрами на двоюродных братьев и сестер, прибавив к этому еще духовные степени родства.

В Южной Америке у инков существовали содомия и кровосмешение, а секс в этой культуре трактовался как особая ценность. Причем инцест чаще практиковался в высших социальных слоях. В Индии в секте Хинду-Сакта

инцест считался наиболее возвышенным типом соития, способствующим религиозному совершенствованию [Justice B., Justice R., 1979]. У пигмеев племени Мбути не существовало даже понятия инцеста [Diamond M., 1992].

Таким образом, при наличии «универсального» базового табу на инцест из него было много исключений.

Первые законы, запрещающие *изнасилование*, исходили из рассмотрения его как преступления, посягающего скорее на собственность, нежели направленное против самой женщины. Согласно Вавилонскому кодексу Хаммурапи, изнасилование обрученной девственницы каралось смертью. Если же была изнасилована замужняя женщина, виновными считались как насильник, так и его жертва; обоих топили в воде. Сходное различие утверждалось и Библией (Второзаконие, 22:22—28): замужнюю женщину, подвергшуюся насилию, считали соучастницей и приговаривали к смерти, так же как и насильника, но девственницу считали виновной только в том случае, если насилие над ней было совершено в городе, поскольку предполагалось, что на ее зов о помощи кто-нибудь откликнется. Если же изнасилование происходило в поле, за городскими стенами, то девушку не убивали, так как никто не мог услышать ее крики. Если девушка была обручена, то насильника забивали камнями, если нет, то принуждали жениться на ней.

Подобные взгляды многие столетия продолжали определять суть законов о насилии, в частности оценку степени его тяжести. Наказание обычно было более серьезным, если женщина была девственницей или принадлежала к высшим слоям общества. В эпоху Вильгельма Завоевателя (1027—1087) человека, изнасиловавшего девушку из высшего круга, подвергали кастрации и выкалывали ему глаза. Однако вину устанавливали на поединке, и поэтому девушка, не имеющая заступника, не могла рассчитывать на защиту закона. Только к концу XIII в. в английское законодательство об изнасиловании было внесено два изменения: отменено разное отношение к изнасилованию девственницы и замужней женщины, а также применявшаяся ранее кара в форме непременной женитьбы на жертве насилия. В этом виде законодательство в этой области оставалось практически неизменным на протяжении семи веков.

Интересно, что так же развивалось законодательство средневекового Китая, где в конце XIII столетия возникли «Таблицы достоинств и недостатков». Первой и наиболее подробной была таблица под названием «Ши-чи-кунь-куо-лу», третья глава которой имела отношение к распутству: «Изнасилование: замужней женщины — 500 грехов; если женщина была женой слуги — только 200 грехов. Вдовы или девственницы — 1000 грехов; если она была вдовой слуги или служанкой — только 500. Монахини — грехи бесчисленны, сосчитать их невозможно. Проститутки — 50 грехов».

Основные законодательные установления долгое время были сосредоточены на проблеме производительности. Особенно это касалось евреев, поскольку только плодовитость родителей и возможность выносить ребенка могли обеспечить укрепление и умножение избранного народа. Этой цели и служили навязываемые евреям брачные законы. Иудейский историк I в. н. э. Иосиф Флавий писал: «Закон не признает никаких сексуальных контактов, кроме естественного союза между мужем и женой, целью которого является порождение ребенка». Прямым следствием этого являлись обличение и осуждение всех видов непроизводительного секса. История преследования гомосексуальности всегда была ярким примером двойных стандартов поведения, поскольку распространялось только на мужское *гомосексу-*

альное поведение и никогда — на женское. Так, Господь сказал народу Израиля: «Если мужчина возляжет с мужчиной как с женщиной, оба они совершают мерзость: они должны быть преданы смерти, и кровь их падет на их головы». Вслед за этим в том же тоне говорится: «Если мужчина возляжет с животным, его надлежит предать смерти; и животное надлежит убить. Если женщина приблизится к любому животному и возляжет с ним, надлежит убить и женщину, и животное». Как видим, равенство в отношении зоофильного поведения не распространялось на поведение гомосексуальное.

Первые принципы правовой регуляции сексуального поведения были заложены в Греции. Так, законодательство Солона (VII—VI вв. до н. э.) впервые стало рассматривать проституцию как общественный институт, в результате чего последовала ее регламентация. Гомосексуальность в Греции является ярким примером соотношения сексуального поведения и норм поведения в целом. При этом сама суть и содержание, мотивация сексуального поведения, как оказывается, многообразно варьируют в зависимости от социального контекста. Д.Д. Исаев (1995), основываясь на многочисленных источниках, показывает своеобразие гомосексуально-педофильного поведения в Древней Греции, демонстрируя явное несовпадение его с современными культурными традициями и неприменимость сегодняшних подходов к его оценке как аномального. Эрос (Купидон) изображался греками в образе не пухлощекого озорного младенца, а прекрасного юноши с изящным телом и совершенными пропорциями. Он был идеалом атлетов, и его алтарь находился у входа в гимнастические залы, где греки любовались красотой обнаженных юношей. Там он стал символом и покровителем гомосексуальных союзов, широко распространенных в то время. В отличие от современного эстетического и эротического идеала, который отдает пальму первенства женщине, в Древней Греции царил культ мужской красоты. Необходимо отметить, что подобные оценки оставались в силе и позднее. Так, Крафт-Эбинг уже в XIX в. писал, что «...природа при распределении красоты выказала по отношению к самцам гораздо больше щедрости». Отнесение же женщин к прекрасному полу он объяснял исключительной любезностью, проистекающей из чувственных потребностей мужчин. В искусстве Греции юноши изображались значительно чаще, с большим вниманием к деталям, чем женщины. Даже наиболее эротические женские образы (такие, как Сирены) в ранних изображениях выглядят почти по-мальчишески. С 720 г. до Р.Х. бегуны и другие участники соревнований появлялись перед публикой в обнаженном виде. При этом женщины не могли быть ни участниками, ни зрителями подобных мероприятий. Половой член не относился к постыдной части тела, подлежащей сокрытию. Фаллос был религиозным символом, способным разрушать чары дурного глаза.

Важными компонентами мировосприятия греков были радость любви и ее сексуально-телесное выражение, безусловное принятие удовольствия, наслаждения жизнью, примат чувственности, которые были свободны от смущения и чувства вины. Однако менее всего для этой роли подходили женщины. Их социальное положение было значительно ниже, чем мужчин, что обусловливало интеллектуальную неразвитость и делало духовную близость с ними невозможной. Женщину рассматривали как годную для того, чтобы иметь детей, но не как друга или равного партнера.

Сексуальные отношения взрослого мужчины и мальчика-подростка были фактически узаконены в рамках общеобразовательной системы. Согласно Плутарху, в Спарте, на Крите и других центрах греческой цивилизации подросток 12—16 лет обычно составлял пару с благородным граждани-

ном. Цель такого союза состояла в передаче социального опыта от поколения к поколению, воспитании мужественного воина и достойного гражданина. Старший назывался не только «обожателем», «ухажёром», но и «вдохновителем». Мальчика же называли, помимо «возлюбленного», еще и «слушающим». Отношения в этой диаде поддерживались и укреплялись ежедневным общением, вместе делились стол и каждодневные заботы, иногда общей становилась кровать. Задача взрослого состояла в обучении мальчика правилам и нормам, введении во взрослую жизнь. Он должен был стать примером и образцом для подражания в трудных ситуациях.

Интимные отношения служили залогом обоюдного стремления к совершенству и обмену духовными ценностями. Восхищение юноши и потребность старшего в ощущении привязанности и обожания виделись как стимулы для полноценного воспитания. В греческой системе воспитания и образования семье отводилась значительно меньшая роль, чем институту педерастии. Мать должна была следить за младенцами и воспитывать девочек, а мальчика с 7 лет забирали из-под ее опеки. Отец мало внимания уделял сыновьям, вместо этого отправлял их на воспитание к другому мужчине, отношения с которым у мальчика были более близкими, чем с родителями. Лучше, когда опекун сам мог выбрать своего ученика исходя из своих симпатий. «Никто не может ничему научиться у человека, который не нравится», — говорил Ксенофонт Афинский. Считалось нарушением общественного долга, если мужчина не выбирал, «не усыновлял» юношу для того, чтобы растить его как мужчину. Не одобрялось и отсутствие старшего друга у молодого человека. Совет Спарты мог наказать мальчика, который отказывался находить взрослого защитника.

Все общественное устройство греческих городов-государств строилось на принципах мужских клубов, где близкие и интимные отношения между мужчинами поощрялись и поддерживались. В гомосексуальных парах считалось, что «проникающий внутрь» партнер выполняет мужскую роль, а пассивный — женскую. К контактам с подростками в античном обществе относились как к общению с «немужчинами». Субмиссивная, подчиненная роль не была позорной по отношению к тому, чей социальный статус был более высоким. Но пассивная роль с партнером, близким по социальному статусу, приводила к его умалению и могла расцениваться как оскорбительная. Поведение подростка отражало только временную роль ведомого и поэтому не ущемляло его достоинства. По мере взросления мальчика отношения заканчивались и перерастали в дружеские. Предполагалось, что подросток не получает сексуального удовлетворения от контакта, а соглашается на него в знак благодарности или восхищения наставником. При этом мужчины, чьи гомосексуальные тенденции были преобладающими, под воздействием требований общества вступали в брак, имели детей. Только в IV в. до н. э. император Константин, руководствуясь религиозными и политическими мотивами, ввел смертную казнь за гомосексуализм.

Сексуальное насилие над мужчинами на протяжении всей истории почти всегда рассматривалось не в ряду собственно насильственных преступлений, но совместно с поведением именно гомосексуальным. Правовая оценка подобных форм поведения формировалась по мере распространения церковных норм на светское законодательство. Примечательно, что одним из первых законов, изданным в 390 г. императором Феодосием I, наказывалась лишь пассивная гомосексуальность, и только в 538 г. Юстиниан распространил эту кару на всех уличенных в подобных действиях независимо от сексуальной роли.

В Риме вплоть до конца I в. до н. э. муж по закону мог убить свою жену, если он заставал ее на месте преступления при супружеской измене. При определенных обстоятельствах жена могла быть приговорена к смерти, даже если ее не поймали на месте преступления. Если она выпивала больше определенного — чисто символического — количества вина, считалось, что это указывает на аморальность и сексуальную распущенность, и за это она могла получить развод.

Не могли сказаться на отношении к сексуальности аскетические принципы существования в период средневековья. Блаженный Августин нашел своеобразное решение дилеммы между представлением о патогенетической роли длительного воздержания в развитии истерии и христианскими образцами добродетели, понимаемой в категориях сексуального воздержания. Он дополнил чисто физиологическое отношение древних греков и римлян к половому акту *элементом эротизма*, а затем резко разделил естественную, служащую для продолжения рода, функцию половых сношений и чувственное удовольствие. С этого момента безгрешным и оправданным становится половое сношение, предпринимаемое исключительно с целью продолжения рода.

В период раннего средневековья исключительным влиянием обладали официальные заявления церкви, налагавшей запрет почти на все разновидности секса, кроме гетеросексуального, направленного на зачатие ребенка, супружеского и с доминирующей позицией мужчины. Все остальные позы теологами считались «неестественными», поскольку уподобляли мужчину животному, меняли местами мужскую и женскую природу или вызывали подозрения в стремлении избежать зачатия и таким образом воспрепятствовать предназначению брака. Главным сексуальным грехом являлась контрацепция. В период VI—IX вв. особенно плохо относились к контрацепции, если она включала в себя использование «ядов, вызывающих бесплодие», а также анальное или оральное сношение («seminem in ore» — «семя во рту»). Это было почти таким же серьезным преступлением, как убийство, и влекло за собой епитимью сроком от 3 до 15 лет. С VI по XI в. с гомосексуалистами обращались не более сурово, чем с супружескими парами, практиковавшими контрацепцию. Но затем атмосфера начала меняться. Во Франции в 1300 г. все «противоестественные грехи, совершаемые мужчинами старше 20 лет», рассматривались уже не приходскими священниками, а епископом. «Противоестественными» считались межбедренное сношение, фелляция, содомия и зоофилия. В ведомстве инспекторов, периодически объезжающих деревни для выявления преступников, находились те же грехи, совершенные мужчинами в возрасте до 20 лет, а также использование для сексуального удовлетворения заменителей женщины и «семяизвержение с помощью рук» (т.е. взаимная мастурбация). На долю же приходских священников остались гомосексуальные действия, совершенные мальчиками в возрасте до 14 лет и женщинами до 25 лет, а также одиночная мастурбация. Таким образом создалась иерархия сексуальных преступлений в соответствии с их тяжестью.

И.С. Кон (1997) указывает, что отношение к сексуальности в Древней Руси было не менее противоречивым, чем в Западной Европе. Древнеславянское язычество не отличалось ни особым целомудрием, ни особой вольностью нравов. Наряду с женскими божествами плодородия был и фаллический бог — Род. Существовали многочисленные оргиастические праздники, когда мужчины и женщины вместе купались голыми, мужчины символически оплодотворяли Землю, женщины вызывали дождь. Типичный фаллический образ — животное, чаще всего лев, с длинным не то хвостом,

не то половым членом — можно видеть в каменных орнаментах храма Покрова на Нерли, Дмитриевского собора во Владимире и других памятниках церковной архитектуры.

Поскольку основное внимание уделялось защите института брака, прелюбодеяние считалось гораздо более серьезным прегрешением, чем просто блуд. Во многом эти позиции опирались на традиционное мировоззрение крестьянства, где женитьба была обязательным условием статуса взрослого. В русской деревне холостяк независимо от возраста был не «мужик», а «малый». Он не имел решающего голоса ни в семье, ни на деревенском сходе. Народные пословицы гласят: «Холостой, что бешеный», «холостой — полчеловек». Отсюда следовало раннее и почти всеобщее вступление в брак, а также отрицание свободы сексуального поведения в принципе.

Православная иконопись в целом строже и аскетичнее западного религиозного искусства. В русских иконах живет только «лик», тело же полностью закрыто одеждой или подчеркнуто измождено и аскетично. В некоторых храмах XVII в. сохранились фрески, изображающие полуобнаженное тело в таких сюжетах, как «Купание Вирсавии», «Крещение Иисуса», даже есть сцены купающихся женщин. Но подобные отступления от византийских канонов очень редки.

Строго контролировалась на Руси и самая демократическая смеховая культура. Знатные лица в плясках и играх скоморохов сами не участвовали и относились к ним не более как к забавному зрелищу. Провоцирование смеха и чрезмерный «смех до слез» считались грехом, в связи с чем ограничивалось и самозабвенное игровое веселье.

Впрочем, ограничения эти касались в основном «официального», контролируемого поведения. В народных же обычаях вплоть до конца XIX в. существовали многочисленные пережитки дохристианских, языческих нравов, включая пробный брак и оргиастические праздники. Множество сексуально-эротических моментов запечатлено в русской народной культуре. «Эротические сказки» рассказывают о многоженстве героев, сочувственно описывают их сексуальные шалости вроде овладения спящей красавицей, считают допустимым обесчестить, т.е. изнасиловать девушку в отместку за отказ выйти замуж за героя, и т.д. О лексике этих произведений говорит то, что известные сказки А.А. Афанасьева и сборник песен Кирши Данилова полностью, без купюр, были до недавнего времени опубликованы только за границей.

В русском праве наказание за гомосексуализм — «противоестественный блуд» — впервые было введено в Воинском Уставе, принятом в 1706 г. Петром I, и предусматривало сожжение на костре. Однако в 1716 г. Петр это наказание смягчил, установив телесное наказание в случае, «ежели кто отрока осквернит или муж с мужем мужеложствуют». В своде законов 1832 г. для лиц, изобличенных в мужеложстве, предусматривалось наказание плетьми, лишение их прав гражданского состояния и ссылка на поселение. Насильственное же мужеложство каралось каторжными работами. В Уложении о наказаниях 1845 г. это деяние было включено в раздел преступлений против общественной нравственности и наказывалось лишением всех особенных прав и преимуществ с отдачей в исправительные арестантские отделения на срок от 4 до 5 лет. Если виновный был христианином, на него накладывалось также церковное покаяние. В случаях насильственного мужеложства и мужеложства, совершаемого с малолетним или слабоумным лицом, виновные осуждались к каторжным работам на срок от 10 до 12 лет. В уголовном Уложении 1903 г. за добровольное мужеложство было установлено наказание в виде тюремного заключения на срок от 3 мес до 1 года.

Если же мужеложство совершалось с несовершеннолетним или лицом, лишенным возможности оказать сопротивление, наказание ужесточалось и виновный заключался в исправительный дом на срок не менее 3 лет. Каторжными работами сроком до 8 лет мужеложство наказывалось, если потерпевшими являлись мальчики, не достигшие 14 лет, лица, находящиеся под властью или на попечении виновного, а также в случае насилия.

Однако в XVIII в. Россия не избежала влияния французских «либертинов». В гатчинском дворце, подаренном Екатериной II ее любовнику Григорию Орлову, по приказу последнего были сделаны чрезвычайно вольные фрески и специальная мебель (в настоящее время она хранится в Эрмитаже), где, например, ножки стола выточены в форме мужских половых членов. Дворянское юношество начала XIX в. смаковало не только «Нескромные сокровища» француза Дидро, но и похабные стихи русского поэта И.С. Баркова и эротические поэмы А.С. Пушкина. Сексуальная свобода правящей элиты, ее вызывающая демонстративность, однако, тут же находят своеобразную оппозицию, наиболее ярко выразившуюся в сектантстве скопцов. Не случайно первые добровольные кастрации в России документированы в век Просвещения, во времена Екатерины Великой. При этом, как подмечает А. Эткинд (1998), в случаях оскоплений прослеживается вертикальная социальная динамика, которая идет обратным порядком, снизу вверх. Нижний по статусу кастрирует верхнего: в 1807 г. унтер-офицер оскопил штабс-капитана; в 1818 г. дворовый человек сослан за оскопление своего господина, графа; в 1827 г. чиновник оскоплен отставным матросом; в 1829 г. помещик оскоплен рядовым артиллеристом.

В России, как и на Западе, противниками эротического искусства выступали консервативные круги и церковь. Однако здесь они были особенно сильны, поскольку опирались не только на *авторитет религии, но и на государственную власть.* Был и другой противник эротики — *революционно-демократическая критика*, имевшая огромное влияние на умонастроения общества. Если аристократы, получавшие светское воспитание, дистанцировались от официального ханжества, то разночинцам сделать это было значительно труднее. Консервативно-религиозная критика осуждала эротизм за расхождение с догматами веры, революционно-демократическая — за то, что он не вписывался в нормативный закон человека, который должен отдать все силы борьбе за освобождение трудового народа.

М. Фуко показывает, как начиная с XVIII в. формируются четыре основные сферы сексологического изучения на основе четырех относительно автономных стратегических процессов.

1. Истеризация тела женщины: формирование отношения к женскому телу как до предела насыщенному сексуальностью, которому внутренне присуща патологичность. Следствием этого явились включение его в сферу деятельности медицинских практик и одновременно — определение основных ролей женщины как матери и супруги.

В праве, вновь поддерживающем двойные стандарты, это не могло не найти отражения. Так, в супружеских отношениях моногамия распространялась только на женщин. Например, еще в середине XIX в. во Франции супружеская неверность жены влекла за собой тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 2 лет, а мужа по тому же закону наказывали за измену штрафом в размере от 100 до 2000 франков и то лишь в том случае, если он содержал любовницу в общем с женой доме.

2. Педагогизация секса ребенка: во-первых, почти все дети предаются или способны предаваться сексуальной деятельности, и, во-вторых, эта сексуальная деятельность, будучи непозволительной для ребенка, одновременно и «естественной» и «противоестественной», несет в себе опасности — физические и моральные. Дети

определяются как «пороговые» сексуальные существа, стоящие на опасной линии раздела. Родители, семья, воспитатели, врачи и психологи должны взять на себя постоянную заботу об этом зародыше секса. Эта педагогизация особенно проявляется в той войне против онанизма, которая длилась на Западе в течение почти 2 веков.

3. Социализация производящего потомство поведения. Экономическая (введение налоговых мер по отношению к плодовитости супружеских пар) и политическая (вменение супружеским парам ответственности перед обществом в целом) социализации, медицинская социализация (приписывание практикам контроля над рождаемостью патогенного значения как для индивида, так и для рода).

4. Психиатризация извращенного удовольствия. Сексуальный инстинкт оказывается выделенным в качестве автономного биологического и психического инстинкта, которому приписывается роль нормализации или патологизации ко всему поведению в целом.

Таким образом, к XIX в. вырисовываются четыре привилегированных объекта знания: истеричная женщина, мастурбирующий ребенок, мальтузианская пара, извращенный взрослый.

М. Фуко утверждает, что на протяжении XIX в. секс кажется вписанным в два весьма различных регистра знания — биологии размножения и медицины секса, которая подчинялась совершенно иным правилам формирования.

Необходимо учитывать, что западная сексология представляет только один из возможных путей развития сексологии как науки. По мнению Фуко, в истории известны две важнейшие процедуры производства истины о сексе. Такие страны, как Китай, Япония, Индия, Рим, арабо-мусульманские общества, придерживались некой ars erotica. Удовольствие как таковое берется в качестве некой практики и выражается в виде некоего опыта. Удовольствие рассматривается не в отношении к какому-то абсолютному закону дозволенного и запрещенного и вовсе не в отношении к критерию полезности, но, главным образом, в отношении к нему самому.

Следует подчеркнуть, что эти традиции совершенно иначе высвечивают и те формы сексуальной активности, которые на Западе однозначно причисляются к аномальным. Так, согласно тантризму, тело очищается не только с помощью упражнений по системе йоги, в процессе медитаций, но и путем интенсивного переживания приятного и неприятного, что способствует освобождению энергии. Вот почему тантрики высшего уровня посвящения стремятся соединить приятные сексуальные переживания с пребыванием в устрашающих местах, например среди трупов. Сексуальный акт имеет сакральное значение, является как бы повторением космического акта первичной божественной пары. Семя приносится в жертву на алтарь женского лона. Поэтому боги в тантризме представлены в сексуальном соединении и одновременно в устрашающем виде: украшения из отрубленных голов, кости, внушающая ужас мимика, торчащие клыки, змеи в виде браслетов и т.д.

Западная же цивилизация практикует своего рода scientia sexualis, развернув на протяжении столетий процедуры, упорядоченные главным образом особой формой власти, выражающейся в признании. «Человек на Западе стал признающимся животным», — пишет Фуко. Он проводит аналогию между современными методами сексологического исследования и христианской исповедью. С момента возникновения христианского покаяния и до наших дней секс был привилегированной частью исповеди. Начиная с протестантизма, с контрреформации, с педагогики XVIII в. и медицины XIX в., признание утратило свою ритуальную и эксклюзивную локализа-

цию: его стали использовать в ряде отношений детей и родителей, учеников и педагогов, пациентов и психиатров, правонарушителей и судебных экспертов. Речь уже не идет лишь о том, чтобы сказать, что было сделано — половой акт — и как, но о том, чтобы восстановить о нем и вокруг него мысли, которые его дублируют, навязчивости, которые его сопровождают, образы, желания, модуляции и качество удовольствия, которые его заселяют. Квинтэссенцией этого стало создание обширного архива сексуальных удовольствий (Камп, Зальцман, Каан, Крафт-Эбинг, Тардье, Моль, Хавлок Эллис).

Именно в этот момент произошло отделение медицины пола от общей медицины тела, обособление полового инстинкта, который даже без органических изменений может представлять собой конститутивные аномалии, приобретенные отклонения, хронические заболевания и патологические процессы. Индикатором этого процесса явилась «Сексуальная психопатия» Генриха Каана, вышедшая в 1846 г.: с этих пор начинается относительная автономизация пола по отношению к телу и соответственно появление медицины, которая для пола характерна. Медицина извращений и программы улучшения рода были двумя важнейшими инновациями в технологии секса второй половины XIX века. Особое значение в этом имела теория «дегенерации», определившая появление связки «извращение—наследственность—дегенерация».

Примечательно, что и уголовное правосудие, которое давно уже сталкивалось с вопросами сексуальности, особенно в форме «чудовищных» и противоестественных преступлений, к середине XIX в. доходит до детального разбирательства «мелких посягательств, пустяковых оскорблений, незначительных извращений» (по выражению М. Фуко). Приводя в пример процесс 1867 г. над неким Ляпкуром, обвинявшимся в педофильных действиях и подвергнутым в этой связи экспертному врачебному обследованию, он указывает, что с определенного момента «обыденная деревенская сексуальность», испокон веков практиковавшиеся действия становятся теперь объектом не только коллективной нетерпимости, но и совместного, юридического и медицинского, вмешательства. Если до конца XVIII в. разделение на законное и незаконное центрировалось на матримониальных отношениях, когда именно брачные отношения были наиболее интенсивным очагом принуждения, а остальная сфера сексуальности скрывалась под неопределенным статусом «содомии», то теперь, напротив, смутная категория «разврата» распадается и вырисовывается мир извращений. При этом сама по себе строгость кодексов по отношению к сексуальным проступкам заметно смягчается, и правосудие часто отказывается от своих прав в пользу медицины.

Период сексологических знаний, охватывающий XX в., определяет формирование естественно-научных представлений в сексологии. Концепция сексологии как науки со своими собственными правами была впервые предложена в 1907 г. берлинским дерматологом Иваном Блохом (1872—1922) в книге «Сексуальная жизнь нашего времени в ее отношениях к современной культуре». Здесь он провозгласил создание новой «науки о поле», подчеркнув, что она должна синтезировать данные всех наук о человеке, включая общую биологию, антропологию, этнологию, философию, психологию, медицину и историю литературы и искусства. Его идея была вскоре подхвачена заинтересованными коллегами, в особенности Магнусом Гиршфельдом (1868—1935), который в 1908 г. выпустил первый в мире «Журнал сексологии», в 1913 г. стал одним из создателей первого «Медицинского общества сексологии», в 1918 г. основал первый Институт сексо-

логии в Берлине и, наконец, в 1921 г., также в Берлине, провел Первый Международный конгресс сексуальных реформ. В 1928 г. на съезде в Копенгагене была основана Всемирная лига сексуальных реформ, первыми президентами которой последовательно были Эллис, Форель и Гиршфельд. Как Блох, так и Гиршфельд полагали, что традиционные медицинские подходы к вопросам сексуальности были крайне ограничены. Только комбинация методов, взятых как из естественных, так и социальных наук, могла охватить комплекс биосоциальных феноменов человеческого сексуального поведения, в связи с чем они ратовали за взаимодействие специалистов из различных областей знания: медицины, биохимии, психологии, этнологии, истории, педагогики, криминологии, юриспруденции, филологии, истории искусств и др.

Постепенно шло преодоление искусственных барьеров и в России. Особенно плодотворным было начало XX в. Русская живопись стала смелее изображать красоту человеческого тела. Многие стихи становятся откровенно чувственными, появляется эротическая проза. Настоящим триумфом человеческого тела становятся Дягилевские балеты. В споры о природе любви и эротики включаются выдающиеся русские философы. Вырисовываются два направления в русской философии любви. Соловьев, Бердяев, Карсавин, Вышеславцев обосновывали идею *неоплатонического Эроса*, связанную с попытками просветления и возвышения чувственности, защищали индивидуальную, личную любовь, отрицали аскетизм и подчеркивали связь Эроса с творчеством. Другое направление, ортодоксально-богословское, представлено именами Флоренского, Булгакова, Ильина. Они ориентировались не на античную теорию Эроса, а на *средневековый caritas* (сострадание, милосердие, жалость) и на связанный с ним комплекс идей христианской этики, относящийся к семье, браку. Эти два направления русской философии противостояли друг другу, между ними шла острая полемика. Их гармоничный синтез был бы вполне вероятен, однако слишком короткий период существования русской религиозной школы, чрезвычайно тяжелые условия ее развития не дали возможности ему осуществиться.

Весь описанный исторический фон не мог не определять и особенности формирования научных подходов к сексуальности. Возможно, именно в России существовали наиболее благоприятные предпосылки для развития сексологии. Первая русская работа о парафилиях принадлежит В.М. Тарновскому (1884). Он обосновывал единство происхождения и взаимосвязь отдельных форм половых извращений, а также предложил деление лиц с парафилиями на предрасположенных к различным нервным заболеваниям и относительно здоровых, у которых эти отклонения привиты воспитанием. Примечательно, что именно дилемма наследственного и социального стала камнем преткновения для последующих исследователей.

Первоначально исследования в этой области велись в рамках русской физиологической школы. И.Р. Тарханов в 1887 г. специально изучал механизмы эрекции. Он вызывал у подопытных животных эрекцию, наполняя изотоническим раствором натрия хлорида семенные пузырьки. Он же удалял у лягушек во время половых сношений различные органы, но смог добиться прекращения эрекции только после удаления семенных пузырьков.

Первое экспериментальное исследование зависимости функции половых органов от коры головного мозга было опубликовано В.М. Бехтеревым и Н.А. Миславским в 1891 г. Одной из наиболее цитируемой остается работа Л.М. Пуссепа (1902), который показал, что раздражение электрическим током определенных участков мозговой коры у собак вызывает эрекцию.

Удаление этих участков приводило к исчезновению полового влечения, в то время как такое же удаление в одном полушарии вызывало незначительное и быстропреходящее его ослабление.

Уже в 1907 г. М.А. Членов провел первое широкое статистико-социологическое исследование сексуального поведения. Он осуществил анкетную перепись московских студентов, причем на вопросы ответили 2217 человек. В.В. Фавр (1903) провел анкетный опрос 1066 студентов Харькова. Особую популярность подобные опросы приобрели после 1917 г. Среди самых известных можно назвать исследования И.Г. Гельмана (1926), С.Я. Голосовкера (1925, 1927) и Д.И. Ласса (1928). Результаты этих работ могли стать основой для развития сексологии, однако вскоре подобные исследования были прекращены. Не секрет, что А. Кинси во многом опирался на накопленный опыт российских ученых.

Однако по-настоящему переломным стал 1917 г. Традиционные религиозно-нравственные нормы отношений между полами были подорваны, а новые в послереволюционной России еще не сложились. 20-е годы ознаменовались яростными спорами о «свободной любви», о том, нужна ли вообще пролетариату половая мораль. Среди студенческой и рабочей молодежи были широко распространены добрачные связи и внебрачные отношения. По данным разных исследователей, добрачные связи в те годы имели 85—95 % мужчин и 48—62 % женщин. Очень высоким был процент внебрачных беременностей и матерей-одиночек. Такое положение встревожило общество. Против упрощенной трактовки полового влечения как чисто физиологической потребности выступил Ленин. Видные философы, психологи, этнографы серьезно занимались «половым вопросом». К началу 30-х годов общество преодолело стихию первых послереволюционных лет, восстановило нормативную связь сексуального поведения и брачно-семейных отношений. Именно в этот момент проявилось стремление уже сложившейся административно-командной системы обеспечить тотальный контроль над личностью. Необходимость в деиндивидуализации человека была обусловлена последовательным искоренением в нем эротического начала. На первых порах это не было сознательной стратегией, а стало как бы продолжением революционного аскетизма. Эта философия хорошо вписывалась как в стереотип крестьянского сознания, воспитанного в духе жесткой религиозной морали, так и в представления леворадикальной интеллигенции, верившей в возможность и необходимость переделки человеческой природы.

Периодом расцвета самых разных течений мысли стали 20-е годы. В области сексологии и исследования парафилий в то время существовали различные подходы, которые перекликались со сходными идеями в других странах. Так, Г.П. Сахаров (1926) и Н.И. Скляр (1933) разделяли концепцию M. Hirschfeld и разрабатывали эндокринологическое направление. Б.Д. Фридман (1927), Ф.А. Наумов (1927) и А.М. Халецкий (1927) придерживались психоаналитической трактовки этиопатогенеза парафилий. Однако вскоре стало проявляться стремление окрепшей административно-командной системы к ужесточению контроля за всеми сферами духовной жизни, что сопровождалось унификацией и научной мысли. В 30-е годы из библиотек были изъяты книги Крафт-Эбинга, Фрейда, ряд работ других направлений, затрагивающих вопросы изучения сексуальности.

Жертвой догматических политизированных концепций стали и другие области психиатрии, которые имели непосредственное отношение к проблемам сексуального поведения. Так, после состоявшейся в 1948 г. сессии ВАСХНИЛ, которая прославилась спекулятивными решениями в области

биологии, селекции и генетики, под ударом оказались те направления психиатрии, которые были связаны с проблемами наследственности и локализации. После объединенной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук по решению Министерства здравоохранения РСФСР в 1950 г. был отстранен от научной деятельности А.С. Шмарьян, а руководимая им клиника была ликвидирована. Его исследование клинической картины и психопатологии локальных поражений мозга [Шмарьян А.С., 1940; 1949] было определено как «вредное, лженаучное, порочное, имеющее чуждые советской науке буржуазно-идеалистические истоки». В последующем это научное направление легло в основу концепции о нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла [Васильченко Г.С., 1983], а некоторым ученым позволило продвинуться в понимании ряда патогенетических звеньев аномальной сексуальности [Blumer D., Walker A.E., 1975; Blumer D., Benson D.F., 1982; Flor-Henry P., 1988; Money J., 1990].

В руках ученых остался единственный аппарат для объяснения патогенеза парафильного поведения — теория рефлексов. И.П. Павлов рассматривал патологические влечения как фиксированные системы условно-безусловных реакций. Первоначальное использование В. Бехтеревым (1922) теории сочетательных рефлексов для объяснения парафилий учитывало не только влияние внешней среды, но и прирожденные особенности нервной системы. Упрощенное изложение основных постулатов Павловской теории стало переходить из одной работы в другую, несмотря на ее развитие и видоизменение современными отечественными физиологами.

Проведение объективных научных исследований парафилий стало противоречить основным постулатам господствующих представлений диалектического материализма о соотношении биологического и социального в человеке. Перенесенные в медицину и уголовное право идеи о ведущем значении в поведении человека социального стали основным препятствием в разрешении проблемы этиопатогенеза парафилий. Выявление биологических причин аномального сексуального поведения противоречило пониманию преступности как явления, вызванного «бесправием, эксплуатацией и несправедливостью, характерными для капиталистического общества» [Graham L.R., 1987]. Именно поэтому были прекращены, например, работы Е.К. Краснушкина, который подвергся критике за «конституциональный» подход, «ломброзианство» и переоценку биологических факторов, а проведение комплексных исследований стало невозможным в течение долгих лет. Доведенная же до абсурда концепция о преобладающем значении внешних условий позволяла утверждать, что перверсное поведение в социалистическом обществе отличается от буржуазного, где «половые извращения чрезвычайно распространены». С этого времени парафилии стали предметом исключительно психопатологического изучения и их описание содержалось в основном в руководствах и учебниках по психиатрии в разделах, посвященных психопатиям.

Только в 1963 г. в России стало возможным создание специализированной сети сексологических кабинетов и консультаций по вопросам брака. Отдельным приказом министра здравоохранения СССР было определено, что помощь больным, страдающим половыми расстройствами, должны оказывать врачи, прошедшие специальную подготовку по сексопатологии. Для координации научных исследований в 1973 г. был организован Всесоюзный научно-методический центр по вопросам сексопатологии, который возглавил профессор Г.С. Васильченко. Под его редакцией были подготовлены и изданы сначала руководство по общей (1977), а затем частной (1983)

сексопатологии. Эти издания утверждали право сексопатологии на существование в виде самостоятельной дисциплины, которая является частью сексологии.

Сексопатология была определена как область клинической медицины, изучающая функциональные аспекты половых расстройств, в том числе поведенческие, личностные и социальные, сказывающиеся на всех рекреационных проявлениях и той части прокреационных, которая приходится на фазу, предшествующую манифестации беременности.

Окончательное закрепление этого права произошло 10 мая 1988 г., когда вышел Приказ Минздрава СССР «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению» и была введена специальность «сексопатолог».

Основополагающими положениями при создании сексопатологии были провозглашены такие фундаментальные понятия, как системность, комплексность, интегративность, а основной моделью сексопатологии была принята мультидисциплинарная. Были созданы собственная специфическая феноменология (например, понятие о половой конституции), методы исследования (различные квантифицированные шкалы, антропометрические методики и др.) и терминологический аппарат. При создании классификации половых расстройств были выделены четыре составляющих копулятивного цикла: нейрогуморальная, психическая, эрекционная и эякуляторная. Подразумевается, что каждая из них характеризуется своим анатомическим субстратом и выполняемой частной задачей. Для построения целостного диагноза используется метод структурного анализа.

В качестве теории, объясняющей генез парафилий, была предложена дизонтогенетическая концепция нарушений психосексуальных ориентаций [Васильченко Г.С. и др., 1982]. Согласно этой концепции, парафилии являются результатом нарушения данного процесса с фиксацией определенных, свойственных более ранним этапам форм сексуального влечения. Создание этой концепции хотя и не было основано на специальных исследованиях парафильного поведения, однако являлось попыткой объединения всех существующих теорий. Описание же отдельных парафилий в общих чертах повторяет накопленные судебными психиатрами данные об их проявлениях при различных психических расстройствах.

Знаменательное для становления сексологии событие отмечалось в 1974 г., когда ВОЗ в Женеве провела встречу сексологов и экспертов в области здоровья. В результате в следующем году был опубликован доклад «Образование и лечение человеческой сексуальности: обучение специалистов в области здоровья», в котором говорилась о том, что сексология должна стать автономной дисциплиной в образовании специалистов, и впервые было дано определение сексуального здоровья.

Сексуальное здоровье — комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви, в основе которого лежит право на информацию в области сексуальности и полового просвещения, а также право на наслаждение.

Концепция сексуального здоровья включает три основные элемента: 1) способность человека к наслаждению и контролю сексуального и репро-

дуктивного поведения в соответствии с социальной и личной этикой; 2) свобода от страха, стыда, чувства вины, ложных убеждений и других психологических факторов, подавляющих сексуальные реакции и ухудшающих сексуальное взаимодействие; 3) отсутствие органических расстройств, болезней и недостатков, наносящих ущерб сексуальным и репродуктивным функциям.

В значительной степени данные тенденции стали определять и классификационные подходы к тем расстройствам, которые входят в определение «психосексуальных». Так, определенный шаг, соответствующий обособлению сексопатологии, был сделан уже в третьем пересмотре Американской национальной классификации психических расстройств (DSM-III-R), где сексуальные расстройства составили особую рубрику. Еще дальше пошла Американская национальная классификация психических расстройств четвертого пересмотра (DSM-IV), в которой данная рубрика озаглавлена как «Расстройства сексуальности и половой идентичности» и соответственно включает практически все возможные аномальные состояния, по отношению к которым уместно использовать определение «психосексуальные расстройства». Под последними следует понимать нарушения, охватывающие патологические состояния полового самосознания, половой роли, психосексуальных ориентаций и партнерских отношений.

В настоящее время тенденция развития сексологии заключается в выделении различных ее направлений, оформляющихся в относительно автономные сферы знания. Среди основных ветвей сексологии укажем на следующие.

Нормальная сексология — изучение биологического, анатомо-физиологического, социально-психологического обеспечения сексуального здоровья.

Клиническая сексология — изучение аспектов нарушения сексуального здоровья, их диагностика, лечение, профилактика. Она включает два раздела — общую и частную сексопатологию. *Общая сексопатология* изучает эпидемиологию нарушений и девиаций сексуального здоровья, факторы риска, причин и условий возникновения, проявления и лечение этих расстройств, основные закономерности формирования сексопатологических симптомов и синдромов, разрабатывает вопросы патогенеза и классификации сексуальных расстройств, общие принципы их лечения и профилактики. Предметом изучения *частной сексопатологии* является описание конкретных форм сексуальных нарушений, их этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, лечения и профилактики.

Культуральная сексология — сравнительно-историческое и кросскультурное исследование этнических стереотипов маскулинности и фемининности, полоролевого и сексуального поведения, дифференциации половых ролей и полового разделения труда, половой стратификации и социализации, особенностей полового символизма.

Фамилистика — изучение социально-психологических основ семьи и супружеских отношений, репродуктивного поведения, родительских ролей и внутрисемейной социализации.

Д. Мани также ратует за развитие ***сексософии***, которая, по его мнению, должна стать областью знаний, отражающей философию, принципы и знания, которыми люди руководствуются в своем эротико-сексуальном опыте, а также индивидуальный и коллективный опыт других людей. Таким образом, сексософия может стать наукой, рассматривающей преломление культуральных и исторических обычаев в индивидуальном опыте в данный возрастной период.

3.2. Правовое регулирование сексуального поведения и судебная сексология

Нормы права в значительной степени пересекаются с общепринятыми, сложившимися веками нормами морали. При этом происходит правовое оформление норм сугубо нравственного порядка, как они понимаются в данном обществе. Понятно, что такое представление не обязательно ориентируется на достижения науки, которые усваиваются значительно позже, чем научным сообществом. Таким образом, законодательство содержит главные черты положительной модели одобряемого и неодобряемого поведения. Те же тенденции, связанные с существенным разрывом между господствующими представлениями в отношении сексуального поведения, выражающиеся в том числе в законодательных актах, и научными данными о механизмах нормативной и аномальной сексуальности, определяют и позиции уголовных кодексов многих стран.

Нижеприведенная цитата представляет собой фрагмент статьи 27-го аннотированного кодекса штата Мэриленд (1979), раздела 554 «Противоестественное или извращенное сексуальное поведение»:

«Любой человек, обвиняемый в том, что он или она берут в свой рот сексуальный орган другого человека или животного, или те, которых собираются обвинить в том, что они вводят свой сексуальный орган в рот другого человека или животного, а также те, которых собираются обвинить в совершении какого-либо иного противоестественного или извращенного акта с человеком или животным, облагаются штрафом на сумму, не превышающую 1 тысячу долларов, либо заключаются в тюрьму, исправительный дом или пенитенциарий на период, не превышающий 10 лет, либо одновременно облагаются штрафом и заключаются в тюрьму в пределах указанных выше пределов по усмотрению суда.

Кроме того, в любом обвинительном акте, представляемом на рассмотрение комиссии по любому из названных действий, которые в данной статье декларируются как преступления, не только нет необходимости описывать специфическое противоестественное или извращенное сексуальное действие комиссии, которая будет выносить заключение обвиняемому, а также описывать, каким конкретно способом был совершен указанный противоестественный или извращенный сексуальный акт, но и будет достаточно, если в обвинительном акте будет сказано лишь, что обвиняемый совершил известный противоестественный или извращенный сексуальный акт по отношению к человеку или животному».

Архаичность подобной нормы, как и некоторых законов об адюльтере, которые особенно суровы по отношению к женщине, или мужеложстве, в наиболее наглядном виде воплощающем двойные стандарты поведения, очевидна. Между тем, как указывал еще В. Чалидзе (1977), несмотря на существование реликтовых антисексуальных норм закона (таких, как преследование прелюбодеяния или конкубината, т.е. внебрачного полового сожительства) в западных странах, сексуальная свобода здесь получила гораздо большее развитие, чем в России, где существующие традиции сильнее влияли на сексуальное поведение. Данное замечание, однако, следует воспринимать с той оговоркой, что подобное положение возобладало после относительно продолжительного периода послереволюционных реформ семейного и уголовного законодательства.

Либерализация отношения к сексуальности после революции привела, например, к тому, что наказание за гомосексуальное поведение осталось только в уголовных кодексах республик Закавказья и Средней Азии. Уголовный кодекс Российской республики как в редакции 1922 г., так и в редакции 1926 г. специального состава мужеложства не содержал. Насильст-

венное мужеложство охватывалось составом изнасилования, а добровольное предусматривало наказание только в случае полового акта с лицом, не достигшим половой зрелости. Гомосексуальное поведение в иных формах включалось в состав развратных действий, совершенных в отношении малолетних и несовершеннолетних.

Впервые специальное постановление, устанавливающее уголовную ответственность за мужеложство в пределах всего Советского Союза, было издано ЦИК СССР 17.12.1933 г. Этим постановлением устанавливалась ответственность как за мужеложство с использованием зависимого положения потерпевшего или с применением насилия, или публично, так и за добровольное мужеложство. Вскоре после этого 7.03.1934 г. был издан общесоюзный закон — постановление Президиума ЦИК СССР «Об уголовной ответственности за мужеложство». Оно усилило наказание за эти действия и сохранило в качестве квалифицирующих только два признака — насилие и зависимое положение потерпевшего. Оба указанных постановления определяли мужеложство только как половое сношение мужчины с мужчиной. В соответствии с этими общесоюзными нормативными актами состав мужеложства был включен в уголовные кодексы всех союзных республик и сохранился почти в аналогичной редакции в ныне действующих уголовных кодексах.

В действовавшем с 1.01.1961 г. Уголовном кодексе РСФСР данная статья формулировалась следующим образом.

«**Статья 121. Мужеложство.** Половое сношение мужчины с мужчиной (мужеложство) наказывается лишением свободы на срок до 5 лет. Мужеложство, совершенное с применением физического насилия, угроз или в отношении несовершеннолетнего, либо с использованием зависимого положения потерпевшего, наказывается лишением свободы на срок до 8 лет.»

Современный Уголовный кодекс (УК) в целом сохранил прежнюю структуру наказаний за сексуальные преступления (схема 3.1), проводя их подразделение по родовым объектам — преступления против личности и преступления против общественной безопасности. Собственно, сексуальными поэтому для права являются лишь первые, тогда как для сексологии предмет исследования включает обе группы противоправного поведения. К сожалению, современный УК РФ также не избежал характерных двусмысленностей, неоправданных с точки зрения сексологической науки. Так, он вновь отразил неспособность совместить гетеросексуальное и гомосексуальное насилие, рассматривая их как чем-то абсолютно различающиеся деяния. При этом акцент сделан не на насилии как способе достижения сексуальной близости, а на обыденном различении разных форм сексуальной активности. Тем более двусмысленно выглядит подобное разделение при полном совпадении как формулировок составов преступления, так и подразумеваемых санкций в том и ином случае (статьи 131 и 132 УК РФ). Закон в этом случае создает немало проблем, поскольку использует в качестве определения изнасилования понятие «полового сношения», не имеющего соответствующего аналога в специальной литературе, где давно уже наиболее употребимым является представление о «половом цикле». Утверждение авторов Комментария к УК о том, что «половое сношение» — термин не юридический, а медицинский и поэтому пониматься должен так, как трактует это понятие сексология, в связи с этим не является убедительным. Тем более, что данное разграничение ими обосновывается самостоятельно, причем достаточно сомнительным образом: изнасилование, по их мнению, «в России всегда понималось как насильственное половое сноше-

Схема 3.1

Современная структура сексуальных преступлений

Сексуальные преступления

- Раздел VII
  Преступления против личности
  - Глава 16
    Преступления против жизни и здоровья
    - Статья 105, часть 2, параграф «к»
      Убийство ... сопряженное с изнасилованием или насильственными действиями сексуального характера
  - Глава 18
    Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности
    - Статья 131
      Изнасилование
    - Статья 132
      Насильственные действия сексуального характера
    - Статья 133
      Понуждение к действиям сексуального характера
    - Статья 134
      Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста
    - Статья 135
      Развратные действия
  - Глава 20
    Преступления против семьи и несовершеннолетних
    - Статья 151, часть 1
      Вовлечение несовершеннолетних в занятие проституцией
- Раздел IX
  Преступления против общественной безопасности и общественного правопорядка
  - Глава 25
    Преступления против здоровья населения и общественной нравственности
    - Статья 240
      Вовлечение в занятие проституцией
    - Статья 241
      Организация или содержание притонов для занятия проституцией
    - Статья 242
      Незаконное распространение порнографических материалов или предметов

ние, могущее вызвать беременность». Насильственный сексуальный акт с использованием противозачаточных средств в свете такого понимания изнасилованием являться не будет.

Существовавшая неопределенность понятия «сексуальное насилие» издавна приводила к анекдотичным случаям правоприменения.

«Следователь сельского района К., рассмотрев материалы уголовного дела, установил: 17 августа в рабочем поселке во 2-м часу ночи гр-н Ш. выставил в квартире Л-ых стекло в окне и проник в дом. В доме разулся, по пояс разделся, после чего зашел в спальню и совершил половой акт с Л-ой. По заявлению последней было возбуждено уголовное дело. Ш. пояснил, что перед этим, вечером 16 августа, он видел, что Л-ов повел к себе в дом какую-то незнакомую девчонку, которая вечером к нему «лезла». Поэтому он проник в дом, разделся и лег в спальне на кровать. Лежавшая там женщина сама сняла трусы, и он совершил половой акт, думая, что там лежит девчонка, так как было темно и они не разговаривали. Л-ва пояснила, что перед этим днем у нее болели ноги и она их натерла муравьиным спиртом, после чего она крепко уснула. Ночью она проснулась оттого, что с нее кто-то снимал трусы, а потом лег на нее и стал совершать половой акт. Так как ночью было темно, то она подумала, что это муж, который спал напротив на койке. Когда же муж проснулся и спросил у нее: «Почему шум, что, ноги растираешь, опять закупорка вен?», она вскрикнула, а лежавший на ней мужчина в это время убежал из дома. Л-ов пояснил, что ночью, примерно в начале 2-го часа, он проснулся от шума, ему показалось, что жена растирает ноги и скрипит диван. Он ее спросил: «Ты чего, мать, ноги болят?» И в это время какой-то человек соскочил с дивана и через кухню пробежал на улицу. Все это происходило быстро, жена вскрикнула: «Отец, ты где? А кто на мне?» Тогда он побежал за этим человеком, но не догнал. Учитывая, что по настоящему делу физического насилия, угроз и использования беспомощного состояния не было, со стороны потерпевшей и Ш. было добровольное заблуждение, то на основании изложенного уголовное дело в отношении Ш. дальнейшим производством прекратить».

Не менее казуистичным было разъяснение Верховного суда РСФСР в 1928 г., что «лицо, вступившее в зарегистрированный брак с целью использования женщины в половом отношении и с намерением расторжения после этого брака», подлежит ответственности как за изнасилование.

Несколько на иных основаниях построены вопросы преступности и наказуемости деяний в сфере полового самоопределения уголовным правом Германии. Раздел 13 УК содержит 18 составов преступных деяний, которые подразделяются на несколько групп.

В первую группу входят сексуальные действия, совершаемые в отношении различных категорий лиц, которые в силу своего возраста, правового или социального статуса нуждаются в специальной уголовно-правовой защите. Таким образом наказуемы:

1) развратные действия в отношении опекаемых (т.е. лиц, не достигших 16-летнего возраста и специально вверенных кому-либо для воспитания, обучения или социального попечения; лиц, не достигших 18-летнего возраста и подчиненных кому-либо по службе или работе; лиц, являющихся кровными или приемными детьми, не достигшими 18 лет);

2) развратные действия в отношении детей (т.е. лиц, не достигших 14-летнего возраста);

3) сексуальные действия в отношении заключенных, а также лиц, подвергающихся мерам исправления и безопасности;

4) сексуальные действия в отношении лиц, подвергшихся административной ответственности;

5) сексуальные действия в отношении больных.

Субъектом вышеуказанных преступлений может быть лицо как мужского, так и женского пола, которое не только само совершает какие-либо сексуальные дейст-

4 – 3935

вия, но и позволяет их совершать в отношении себя. За эти преступления наказываются лишением свободы на срок до 5 лет или денежным штрафом.

Квалифицированные составы содержат более строгие наказания. Так, при развратных действиях в отношении детей, когда имелось половое сожительство с ребенком или истязание ребенка при половом сношении, наказание назначается в виде лишения свободы сроком до 10 лет. Привилегированные составы (например, развратные действия в отношении ребенка, совершенные посредством показа порнографических изображений) предусматривают наказание в виде лишения свободы на срок до 3 лет или денежного штрафа.

Вторую группу образуют составы преступлений, которые осуществляются посредством силы или угрозы ее применения. В эту группу входят:

1) изнасилование, т.е. принуждение женщины к вступлению во внебрачную половую связь с исполнителем или с третьим лицом посредством силы или угрозы ее применения. Наказывается данное преступление на срок не менее 2 лет (§ 177);

2) принуждение к сексуальным действиям, которое представляет собой принуждение при помощи силы или угрозы терпеть внебрачные сексуальные действия со стороны исполнителя или третьего лица или принуждение к совершению таких действий. Наказывается лишением свободы на срок от 1 года до 10 лет (§ 178);

3) сексуальные действия в отношении лиц, неспособных оказать сопротивление из-за болезненного расстройства душевной деятельности, из-за глубокого помутнения сознания, слабоумия или другого расстройства душевной деятельности либо неспособных сопротивляться физически. Данное преступление наказывается лишением свободы на срок до 5 лет или денежным штрафом (§ 179).

Третью группу образуют составы корыстных преступлений, совершаемых в сфере полового самоопределения — сутенерство, торговля людьми, пособничество сексуальным действиям малолетних, содействие занятию проституцией (§ 180—181).

Наконец, четвертую группу образуют составы таких преступных деяний, которые посягают на нормы общественной морали и нравственности. К этим деяниям относятся: 1) эксгибиционистские действия; 2) нарушение норм общественной морали путем публичного совершения сексуальных действий; 3) занятие проституцией вблизи школы или другого места, которое предназначено для посещения молодежи, либо в доме, где проживают лица моложе 18 лет; 4) распространение порнографических изданий, под которым понимается продажа в розничной торговле, реализация посредством посылочной торговли, демонстрация за плату в кинопрокате материалов, изображающих сексуальные действия.

Наказываются данные деяния лишением свободы на срок до 1 года или денежным штрафом.

Таким образом, германский кодекс исходит из типа взаимоотношений (зависимости) между партнерами и степени ограничения свободы полового самоопределения одного из них в этих отношениях. Однако и здесь изнасилование подразумевает в качестве субъекта мужчину, а в качестве жертвы — женщину, что воспроизводится и в кодексах других стран, например США.

В продолжающихся дискуссиях и описаниях различных форм изнасилований под жертвой однозначно подразумевается женщина, а под насильником — мужчина. Более того, в ряде статей изнасилование определялось как преступление исключительно против женщин и включало фалловагинальную пенетрацию. Проблема изнасилования мужчин чаще игнорировалась учеными или рассматривалась как аномалия жизни в закрытых учреждениях, где иной выбор объекта невозможен. Однако проблема здесь заключается даже не в невозможности адекватного выбора. По сути, сексуальное насилие в данных условиях скорее напоминает один из механизмов гомосексуального поведения в животном мире, когда оно выражает иерархические отношения господства—подчинения. При этом иногда копулятивные позиции только имитируются, иногда имеется реальный сексуальный контакт, в

котором доминантный самец или самка выполняет маскулинную роль, а более слабый партнер пассивно подчиняется. Такое поведение зафиксировано у многих животных — овец, горных коз, ящериц, обезьян, дельфинов и др.

G.H. Lipscomb и соавт. (1992) провели сопоставление жертв изнасилования мужского пола в тюрьме и открытом обществе. Данное исследование описывает относительно большую группу взрослых жертв-мужчин — всего 99 человек, обследованных в Мемфисском Центре по изучению сексуального насилия; 80 мужчин являлись арестованными, 19 — свободными гражданами. Никто из жертв не получил повреждений, достаточно серьезных для того, чтобы требовалась медицинская помощь. Хотя повреждения и не ограничивались областью промежности, все они были результатом избиения во время насилия. Эти данные сходны с опытом женщин — жертв сексуального насилия и подтверждают тот факт, что в большинстве случаев угроза физического насилия или побоев достаточна для подчинения жертвы. Только 2 потерпевших, оба — заключенные, получили более существенные повреждения в ходе насилия, однако и они не обращались за медицинской помощью. Поскольку эти травмы могли быть получены в момент, когда жертвы были уже сломлены, возможно, что избиение представляло собой отражение привычного порядка решения и других конфликтов в тюрьме. На основании исследования авторы пришли к выводу, что сходство обследованных ими групп подтверждает тот факт, что изнасилование мужчин может быть не обусловлено уникальностью условий тюрьмы и что все мужчины являются потенциальными жертвами.

C. Moss и соавт. (1979) утверждали, что сексуальное насилие над мужчинами, в особенности в тюрьме, может быть частью демонстрации расовой власти. Это суждение было основано преимущественно на данных 1970-х годов, указывающих, что несовершеннолетние группы были агрессивны почти исключительно против белых жертв. Тем не менее полученные данные свидетельствуют, что демографические характеристики как насильников, так и их жертв в большей степени связаны с иными насильственными преступлениями, а не с расовой мотивацией. Распространенность сексуального насилия над мужчинами вне подобных учреждений по некоторым данным [Forman B.D., 1982] колеблется от 5 до 10 %, хотя эти данные и не могут считаться статистически четкими.

Популярная концепция изнасилования мужчин до недавнего времени заключалась в том, что гомосексуальные насильники таким образом подавляют гетеросексуальных мужчин и мальчиков. Однако, как считают P.M. Sheridan, S. Hucker (1994), такая точка зрения не только ошибочна, но часто представляет собой выворачивание реальности наизнанку. Большинство преступников оказываются гетеросексуалами, тогда как жертвы обычно представляются им гомосексуально или же бисексуально ориентированными. A.N. Groth, A.W. Burgess (1980) обнаружили, что преступники в случаях гомосексуального насилия с большей вероятностью являются незнакомыми ранее жертве, по сравнению со случаями сексуального насилия над женщиной. А. Грот относится к тем ученым, которые рассматривают таких насильников как сходных с насильниками женщин. Их насилие, утверждает он, является сексуальным выражением агрессии и враждебности; для тех и других сексуальное удовлетворение является вторичным или вовсе несущественным и незначимым. А. Грот считает, что мужское изнасилование детерминировано различными мотивами, включая выражение господства и контроля посредством одержания победы; желание реванша и возмездия, провоцируемые гневом по отношению к жертве; эротическое

удовлетворение садизма и унижения жертвы: наказание другого, имеющее смысл отражения тревоги в результате собственного неразрешенного конфликта сексуальной ориентации; наконец, потребность в статусе и аффилиации (принятии), как это бывает при изнасиловании в банде. Ряд этих мотивов является, очевидно, действительным при антигеевском насилии, или так называемой порке геев, поскольку по меньшей мере 10 % мужчин, которые явились жертвами антигеевского насилия, сообщают об опыте сексуального насилия со стороны гетеросексуальных мужчин. Следует, однако, отметить, что перечисленные мотивы могут выступать не изолированно, но действовать одновременно, сплавляясь в причудливом конгломерате взаимодействующих побуждений.

Современные исследования сексуального насилия над взрослыми мужчинами, а также работы по сексуальному принуждению зрелых мужчин часто используют указанную модель незнакомого гетеросексуального преступника и гомосексуальной жертвы. В этих исследованиях указывается, что большинство сексуальных насилий наблюдается в контексте гомосексуального взаимодействия, причем в манере, аналогичной гетеросексуальному насилию. В большинстве случаев насилие осуществляется в доме насильника или жертвы, включает употребление алкоголя или наркотиков обоими участниками, а также имеет тенденцию к использованию в основном вербальных форм принуждения, которые отмечаются чаще, чем физическое насилие. Многие жертвы подвергались нападению нескольких незнакомцев; часто насильник являлся партнером или бывшим партнером жертвы, либо ее знакомым, встретившимся в геевском баре, или известным по гомосексуальному кругу, например публичному парку. Насильственное поведение, согласно рассказам жертв, состояло первоначально из орального и анального коитуса или попытки к нему. В одном из исследований [Stermac L.E. et al., 1993] специально подчеркивалось, что более 1/3 (35 %) жертв были физически или психически лишены возможности сопротивления, а 21 % жертв указывали, что подвергались изнасилованию в бессознательном состоянии, поскольку находились под воздействием интоксикации или спали в момент нападения.

Как указывают П. Шеридан и С. Хаккер, возможно, эти характеристики мужского изнасилования представляют две различные группы преступников: гетеросексуальных мужчин, которые насилуют других мужчин, наказывая и унижая их, возможно, выражая иные формы насилия, считающиеся типичными по отношению к подчиненным членам сообщества (например, в тюрьме); и гомосексуальных или бисексуальных лиц, которые принуждают партнеров или знакомых к сексуальной активности путем использования угроз и запугивания. По их мнению, хотя первая группа и существует, она встречается реже, чем вторая. Увеличение же в научной литературе описаний, относящихся к первой группе, они объясняют ростом внимания врачей и исследователей именно к этой форме сексуального насилия, как и готовностью признавать свою сексуальную ориентацию только жертвы. Более того, считают они, исследование преступников в противоположность жертвам будет казаться более пристрастным к терминологии, затрагивающей сексуальную ориентацию, так как сексуальные преступники известны своим нежеланием обсуждать свои сексуальные предпочтения, и те, кто изнасиловал мужчину, обычно не желают быть причисленными к гомо- или бисексуалам.

Сексуальное насилие женщин над зрелыми мужчинами небезызвестно, хотя истинная сексуальная агрессия, характеризующаяся физическим принуждением и сопровождающаяся страхом жертвы за собственную безопас-

ность, является редким случаем. Мужчины подвержены сексуальной эксплуатации и давлению, более часто психологическому, когда возникает нежелание предстать гомосексуальным, немужественным, неопытным или робким человеком. Бывает, что в сексуальном насилии обвиняются и женщины, однако наиболее часто в ситуациях изнасилования, включающего другого мужчину. Например, жертвы сообщали, что они занимались согласованным сексом с партнером-мужчиной, который затем объединялся с женщиной против желания жертвы, после чего следовала принудительная сексуальная активность.

Г. Липскомб с соавт. наблюдали только один случай, когда насилие над жертвой-мужчиной было совершено женщиной. Насилие в этом случае было документировано фотографиями, сделанными вооруженной женщиной, соучастницей грабежа. Насильницы угрожали жертве передать эти фотографии его жене, если он сообщит о грабеже в полицию. Эффекты сексуального насилия для мужчин сходны с теми последствиями, которые наблюдаются у женщин, хотя возникают и особые проблемы. Гетеросексуальные мужчины, ставшие жертвами сексуального насилия, могут иметь более кардинальные убеждения в умалении своей маскулинности. Дисфункция в аффективных и сексуальных взаимосвязях вследствие изнасилования мужчиной или женщиной при этом одинакова. Гей — жертва мужского сексуального насилия — может испытывать испуг или отвращение в обычном сексуальном поведении и может считать себя виновным, как и женщина, в недостаточно упорном сопротивлении или ответственным каким-либо иным образом за происшедшее. К жертвам антигеевского насилия, частью которого становится сексуальное насилие, требуется особый терапевтический подход, который должен быть адресным и направленным на интернализацию гомофобии, стигматизацию и маргинализацию, являющимися неотъемлемыми атрибутами их существования.

P.M. Sarrel, W.H. Masters (1982) описали 11 достоверных сексуальных нападений женщин на мужчин, среди которых были эпизоды, когда женщины принуждали мужчин к половому сношению. Многие мужчины, так же как и женщины, оказавшиеся жертвами насилия, испытывают впоследствии сексуальные проблемы. Они ощущают себя не вполне нормальными из-за своей реакции при изнасиловании, так как они сохраняли способность к сексуальной активности даже в этих экстремальных обстоятельствах, рассматривали себя недостаточно «мужественными».

Различные правовые системы разнятся и по объему включаемых в число наказуемых деяний типов сексуального поведения. Так, например, Уголовный кодекс штата Нью-Йорк содержит специальную статью 255 о «посягательствах, затрагивающих брачные отношения»:

§ 255.15. Бигамия.

Лицо виновно в бигамии, если оно вступает или, как предполагается, вступает в брак с другим лицом при жизни своего супруга или при жизни супруга этого другого лица.

§ 255.17. Нарушение супружеской верности.

Лицо виновно в нарушении супружеской верности, если оно вступает в половое сношение с другим лицом при жизни своего супруга или при жизни супруга этого другого лица.

§ 255.25. Кровосмешение.

Лицо виновно в кровосмешении, если оно вступает в брак или половое сношение с лицом, которое, как ему известно, приходится ему (по закону или нет) родственником по восходящей или нисходящей линии, братом или сестрой по обоим родителям или только по одному из них, дядей, тетей, племянником или племянницей.

Помимо различий в типах сексуального поведения, относящихся к противоправному, существуют и различия в смысловом насыщении казалось бы однородных деликтов в разных правовых системах. Так, в США сформулирована следующая дефиниция сексуального домогательства:

«Нежелательные сексуальные предложения, требования сексуальной благосклонности и другое поведение сексуального характера, проявляющееся в словах или действиях, представляют собой противозаконное сексуальное домогательство, если: а) подчинение таким предложениям, либо выраженным прямо, либо подразумеваемым, составляет один из пунктов или условий получения работы данным субъектом; б) согласие или отказ от такого поведения служит основанием при решении вопроса о принятии на работу данного субъекта или в) подобное поведение имеет целью или осуществляет неправомерное вмешательство в выполнение субъектом своих служебных обязанностей или создает на работе атмосферу запугивания, враждебности и неприязни. Работодатель несет ответственность за сексуальное домогательство со стороны своих представителей или служащих, занимающих руководящие должности, независимо от того, знал он или должен был знать о том, что это имеет место. Работодатель несет ответственность за сексуальное домогательство со стороны своих рядовых служащих, независимо от того, знал ли он или должен был знать об их поведении, и не предпринял незамедлительных и адекватных мер».

Аналогичная статья Российского Уголовного кодекса значительно сужает понятие «понуждения к действиям сексуального характера», поскольку трактует их как «понуждение лица к половому сношению, мужеложству, лесбиянству или совершению иных действий сексуального характера путем шантажа, угрозы уничтожением, повреждением или изъятием имущества либо с использованием материальной или иной зависимости потерпевшего (потерпевшей)». При этом Комментарий к УК РФ уточняет, что материальная зависимость будет отмечаться в случаях, когда потерпевший находится на полном или частичном иждивении виновного, иная зависимость подразумевает служебные отношения начальника и подчиненного, педагога и учащегося и т.д. Эти различия весьма существенны, поскольку они устанавливают ту дистанцию между нормальным сексуальным поведением и его аномальными вариациями, которая определяет оценку поведения конкретного индивида в данной культуре.

Понятно, что правовое понятие «аномальности», тесно смыкающееся с представлением о противоправности, значительно шире медицинских дефиниций «аномального» сексуального поведения, для констатации которого необходимы дополнительные критерии, помимо их противоречия социальным нормам. Как считает К. Имелинский, судебная сексология — один из двух, наряду с клиническим, разделов медицинской сексологии, занимающихся сексуальной патологией. Тем не менее подобное понимание резко сужает рамки сегодняшних представлений о предмете судебной сексологии, находящейся в тесных взаимосвязях с другими направлениями сексологических знаний (схема 3.2).



Более правильным было бы определение судебной сексологии по аналогии с сексологией, а не сексопатологией как междисциплинарной области знаний, охватывающей биологические и социологические аспекты полового диморфизма в его взаимосвязи с юридически значимыми проявлениями жизнедеятельности человека. В рамках же судебной сексологии уже можно было бы рассматривать отдельную область клинической дисциплины — судебную сексопатологию.

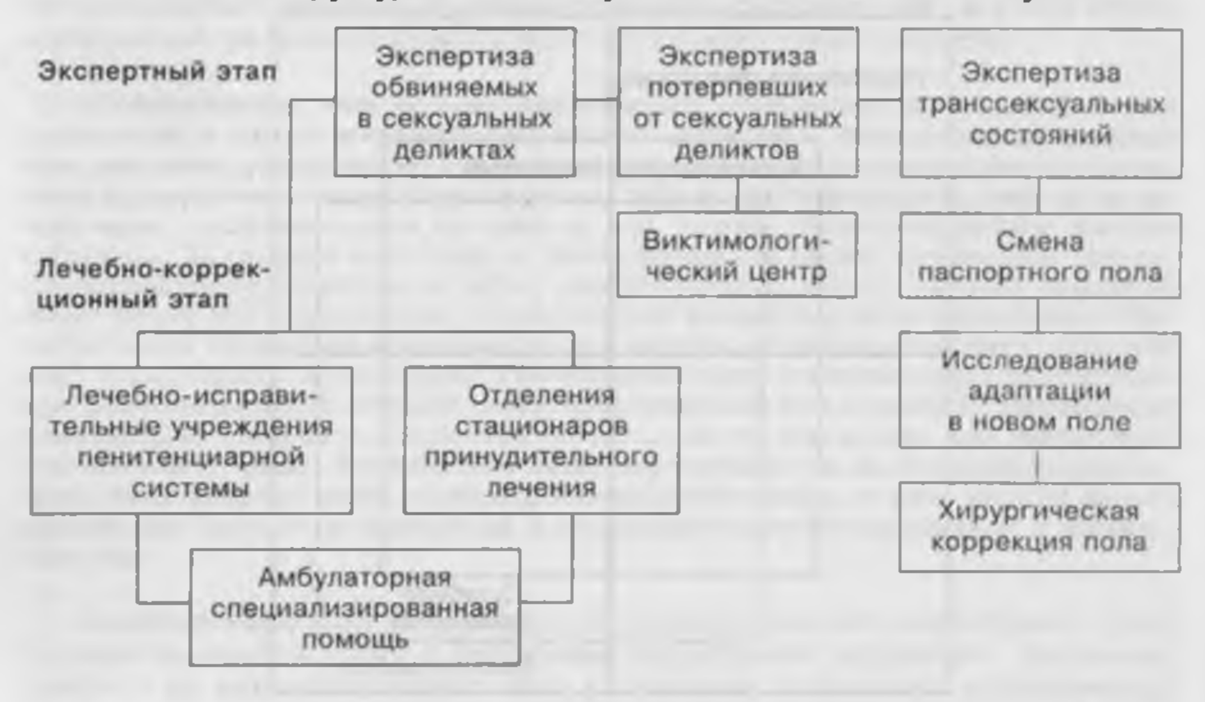
Схема 3.2

Соотношение некоторых областей сексологии

Американское руководство по судебной сексологии позволяет наиболее определенно очертить круг проблем, составляющих ее предмет. Становится возможным выделить несколько направлений исследований: 1) природы сексуальных табу, сравнительно-исторической и кросскультуральной перспектив границ социальной толерантности и криминализации, правовой регуляции сексуального и репродуктивного поведения; 2) биологических, психологических и социальных механизмов девиантных форм сексуального поведения, предупреждения и профилактики рецидивизма сексуальной преступности; 3) разработки методов биологической терапии, психотерапевтических и психокоррекционных программ в отношении лиц с парафилиями и аномальным сексуальным поведением; 4) разработки принципов судебной оценки, методов обследования и экспертизы сексуальных правонарушителей; 5) правовой оценки различных вариантов сексуального злоупотребления в детстве и изучения его психосексуальных последствий; 6) разработки подходов к судебной оценке и экспертному обследованию жертв сексуального насилия; 7) правового и социального аспектов проституции; 8) правовой регламентации смены пола и психомедицинских проблем транссексуализма; 9) сексуального притязания на рабочем месте и в ходе психотерапевтического взаимодействия; 10) проблемы субкультуральных девиаций сексуальности, включая, например, ритуальное сексуальное злоупотребление; 11) правовой регламентации порнографической деятельности, установления связи между порнографической продукцией и насилием и аномальным сексуальным поведением; 12) законодательной регуляции партнерских и супружеских взаимоотношений; 13) механизмов рискующего сексуального поведения, ведущего к заражению, в том числе СПИДом, а также его правовой регуляции; 14) правовых основ сексуального образования и полового просвещения, контрацепции и других способов регуляции репродуктивного поведения.

Схема 3.3

Основные структурные звенья судебно-сексологической службы



В свете такого достаточно широкого понимания проблематики судебной сексологии ее организационное строение, складывающееся из экспертного и лечебно-коррекционного этапов (схема 3.3), значительно усложняется.

Сексологическая проблематика всегда существовала в судебной психиатрии, но долгое время не могла быть охвачена во всем ее объеме. Одной из первых сексологических экспертиз в России, по-видимому, являлось выступление психиатра в 1900 г. по делу «супоневских хлыстов». Тогда не было, как обычно ожидалось от хлыстовских сект, выявлено случаев свального греха, однако была обнаружена «половая распущенность»: лидер секты практиковал половые акты в присутствии других женщин или даже мужа своей партнерши. Обвинение, стремясь рассматривать эти явления как культовые, поставило перед психиатром вопрос: «Являлась ли половая распущенность обрядовой стороной радений или заключительным, почти неизбежным, актом экстаза?» Эксперт дал заключение, что подобное поведение было «несомненно патологическим явлением».

Постепенно становилось все более очевидным, что ограничение экспертиз применением традиционных клинико-психопатологических методов обрекало дальнейшие исследования на фрагментарность получаемых результатов и не могло дать объективных критериев экспертной оценки, в особенности лиц с парафилиями, решить вопросы их лечения и последующей реабилитации, профилактики правонарушений. Во многом подобное положение объяснялось тем, что зачастую игнорировалась специфичность сексуальной патологии, для оценки которой необходимым было использование особой области знаний с интеграцией в том числе далеких от психиатрии медицинских, а также немедицинских дисциплин.

В таком исследовании могут быть объединены усилия представителей хотя и смежных, но самостоятельных дисциплин, изучающих правовые, криминологические, психологические и сексологические вопросы. Стала

бесспорной необходимость привлечения новых методов исследования, находящихся в распоряжении науки, имеющей к сексуальной патологии непосредственное отношение. То, что отечественная наука признала сексопатологию в качестве самостоятельной дисциплины, оказалось положительным моментом. Данное выделение не явилось случайным, поскольку, как уже указывалось, задолго до этого были созданы соответствующий категориальный аппарат, системная методология и специфические диагностические и лечебные приемы. Из этого, однако, не следует, что психиатрия должна была отказаться от изучения разнообразных видов психической патологии, затрагивающей сексуальную сферу. Речь идет лишь о том, что существование сексологии дает возможность психиатрам оставаться в пределах собственной компетенции и уделять внимание именно психопатологическим аспектам нарушенной сексуальности, всегда предполагающей изменение функционирования не только психической, но и других систем организма.

Зарождение сходного подхода в судебной психиатрии можно усмотреть в деятельности в 20-е годы Е.К. Краснушкина и Московского Кабинета по изучению личности преступника и преступности. Именно тогда появились исследования, отправной точкой которых стал интерес к собственно аномальному, криминальному поведению личности. Весьма продуктивным было использование комплексного подхода, где клинико-психопатологический метод играл ведущую, но не единственную роль. Впервые изучение преступного поведения приобрело целостность, поскольку учитывало участие в его движущих механизмах биологических и социальных детерминант в самом широком смысле и потому наряду с психопатологическим включало социологические, психологические исследования, а также биохимические и антропологические методы. Не случайным явилось и то, что уже второй тематический сборник Кабинета был посвящен противоправному сексуальному поведению как одной из первоочередных проблем судебной психиатрии. При этом изучение сексуальных преступников и их поведения не носило узко конституционального характера, в чем впоследствии неоднократно обвиняли Кабинет. Напротив, особое внимание уделялось социологическому изучению во всем многообразии социальных феноменов; комплексный подход позволил сделать анализ не абстрактных, оторванных от реальности и личности социальных детерминант, а приблизиться к единственно возможному социально-психологическому исследованию. Именно в этой части дальнейшие работы не смогли превзойти начавшиеся исследования. По-видимому, внимание к сексуальному преступлению определялось и тем, что при данном подходе девиантное сексуальное поведение становится наиболее удобной и адекватной моделью для изучения не только нарушенной сексуальности, но и нарушений поведения вообще.

Проблема судебной сексологической экспертизы не является новой. Упоминание о необходимости такой экспертизы можно встретить в работах Ю. Краттера (1928), Л.Я. Якобзона (1929), в 1970-х годах — в статьях Э.М. Дворкина, а в последнее время — после продолжительной практики проведения экспертизы как в самостоятельном виде, так и в форме комплексного с психиатрами исследования — в работах авторов этого руководства. Одновременно рассматриваемая проблема была поднята и зарубежными учеными, в особенности специалистами Чехии, Словакии и Польши, имеющими богатый и убедительный опыт в этой области. Ими подчеркивалась необходимость комплексного обследования сексуального правонарушителя, включая тщательную сексодиагностику половых отклонений как самостоятельных расстройств, способных понижать вменяемость. J. Money

(1988) также указывает на недооценку судебного сексологического исследования и приводит пример расширяющейся практики обучения и подготовки соответствующих кадров в ряде штатов США. Существующее положение в штате Флорида, как и в других штатах, признает квалификацию сексолога в качестве эксперта в судебном разбирательстве о сексуальных преступлениях.

Сексология сама по себе представляет интегративную дисциплину и объединяет достижения многих смежных специальностей. Однако особое место здесь принадлежит психиатрии. Сексуальная патология предполагает вовлечение ряда физиологических систем, но практически всегда ведет к изменению психического функционирования или является его следствием. Такая неразрывность ведет не только к обязательному усвоению сексологом психиатрических знаний, но и требует во многих случаях объединения усилий представителей обеих специальностей. Особенно важно такое объединение в судебной психиатрии, когда необходимо дать экспертную оценку по делам, связанным с нарушениями сексуального поведения. В первую очередь это касается парафилий. Такие ситуации возникают не только в случаях явных нарушений сексуальности, но и при других патологических состояниях, в патогенезе которых играют роль аномалии полового и психосексуального развития. При анализе таких состояний практически всегда требуется участие в диагностическом и экспертном процессе сексолога.

Глава 4

Судебная сексологическая и комплексные экспертизы: организационно-правовые основы и юридически значимые ситуации

4.1. Предмет сексологического исследования и пределы компетенции эксперта-сексолога

Рост информированности населения в области сексологии является причиной того, что работники правоохранительных органов стали все чаще правомерно усматривать возможность обусловленности сексуальных преступлений болезненной сексуальностью. Поэтому все чаще задаются вопросы о возможных расстройствах сексуальной сферы подэкспертного и об их предполагаемой связи с содеянным. В этих случаях речь идет о самостоятельном виде экспертного исследования — судебной сексологической экспертизе. Она способна решать сугубо специфические вопросы, в том числе не связанные с вменяемостью. Потребность решения одновременно и проблем вменяемости заставляет правоохранительные органы адресовать такие вопросы судебным психиатрам и указывать на обязательное участие в экспертизе сексолога. Таким образом, устанавливается комплексный характер намечаемой экспертизы. В таком виде она способна наиболее адекватно и обоснованно решить экспертные задачи путем совместного применения базовых экспертных данных. В последующем формулируется единый ответ, достоверность которого достигается в процессе сопоставления соответствующих знаний. Компетенция обоих экспертов различна, однако объект является единым, а используемые понятия для его изучения — сходны и поэтому поддаются взаимному контролю. В этих условиях становится возможным экспертная оценка, формулирование общего экспертного вывода, в том числе касающегося вменяемости.

В прошлом и до настоящего времени много вопросов, относящихся к компетенции сексолога, решается иными видами экспертных исследований. Так, некоторые судебные медики пытались рассматривать судебную сексологию как раздел судебной медицины. Среди центральных вопросов они справедливо указывали на изучение полового преступления, его мотивации, уровня полового развития, половой нормы и девиаций [Рассадовский М.В., 1990]. Верная, хотя и не исчерпывающая, постановка задач судебной сексологии не подкрепляется в этом случае необходимым методическим аппаратом для изучения таких феноменов, как парафилии, которые являются признаком и сексуальной, и психической патологии. Поэтому искусственность такого расширения компетенции судебно-медицинской экспертизы за счет необоснованного включения задач самостоятельного судебно-сексологического экспертного исследования очевидна.

Причины таких попыток лежат в исторических условиях развития сексологии в России. Потребность в экспертных оценках и поиске экспертных доказательств половых преступлений существовала задолго до того, как сексология смогла заявить свои права и занять равноправное место среди других наук и клинических дисциплин. Поэтому традиционно существует

раздел судебной медицины, посвященный медико-биологическим обоснованиям определения пола, половой способности мужчин и женщин, установления девственности и доказательств ее нарушения, половой зрелости и других вопросов [Смольянинов В.Н., 1982; Томилин В.В., 1987]. Однако выполнение подобных экспертиз без участия психиатров, в особенности сексологов, часто приводит к сужению возможностей экспертных исследований, а нередко к необоснованным выводам. Например, при установлении истинного пола судебная медицина до недавнего времени ориентировалась исключительно на биологические признаки пола и отводила решающее значение исследованию «половых желез и объема их функциональной деятельности» [Томилин В.В., 1987]. При этом полностью игнорировалась многоуровневая структура пола и первостепенное значение полового самосознания, которые являются основными критериями половой принадлежности личности. Не меньшие претензии можно было предъявить и к другим разновидностям судебно-медицинских экспертиз, например к установлению способности мужчин к половой жизни. Аномалии половой сферы, препятствующие данной способности, полностью выявляются при сексологическом обследовании. Однако ряд отклонений, в особенности психогенных нарушений, расстройств вследствие психических заболеваний, не может быть учтен при судебно-медицинском освидетельствовании, в связи с чем теперь в данных экспертных ситуациях рекомендуется привлекать «к консультации» врачей соответствующих специальностей.

Таким образом, современная экспертная практика ставит проблему разграничения различных экспертных исследований, затрагивающих разные стороны одних и тех же явлений. Не менее важна проблема взаимодействия сексологов с другими специалистами. Преобладание в любом сексуальном нарушении поведенческих и личностных аспектов обусловливает близость сексологической экспертизы к судебно-психиатрической, что часто диктует необходимость сочетания этих двух видов экспертного исследования.

> *Предметом исследования судебного сексолога-эксперта являются закономерности и особенности формирования полоролевых функций и осуществления сексуальной активности, имеющие юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия.*

Первостепенное значение для оценки экспертного заключения как средства доказывания имеет уверенность назначающего экспертизу в компетентности эксперта. Его убежденности в правомерности обращения именно к данному эксперту должно соответствовать понимание самим специалистом пределов своей компетенции, что выясняется в ходе ***подготовительной стадии исследования***. Разработка проблемы экспертных исследований с участием сексолога стала возможной после признания сексопатологии самостоятельной клинической дисциплиной, что закреплено Приказом Минздрава СССР № 370 от 10.05.1988 г. «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению». Вместе с тем Приказ Минздрава СССР № 110 от 15.03.1990 г. «О внесении изменений в инструктивно-методические указания по аттестации врачей-специалистов и перечень соответствия врачебных специальностей врачебным должностям для аттестации», содержавший указания по аттестации врачей-сексологов, давал возможность получить данную специальность представителями таких отраслей медицины, как урология, эндокринология, невропатология, акушерство и гинекология, дерматовенерология, хирургия. Однако приобретение ими специальности сексолога было еще недостаточным для привлечения их в качестве экспертов, так как для этого требуются специфичные по-

знания и навыки в более солидном объеме, прежде всего базирующиеся на психиатрической науке. Это связано, в частности, с тем, что в большинстве юридически значимых ситуаций оценке подлежат в первую очередь те аномальные состояния, которые входят в классификацию психических расстройств, поэтому привлечение сексолога, не имеющего соответствующей узкой специализации, может привести к несоответствию его специальных познаний задаче, поставленной перед экспертизой. Таким образом, сложившаяся до недавнего времени практика не всегда отвечала строгим требованиям к профессии судебного сексолога, базовое образование которого должно быть психиатрическим. Судебная сексология, постепенно приобретающая все более самостоятельный характер [Старович З., 1991], не случайно длительное время рассматривалась в качестве одного из разделов именно судебной психиатрии. Существенные коррективы были внесены Приказом Минздрава РФ № 337 от 27.08.1999 г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», который установил новый принцип классификации врачебных специальностей. В соответствии с ним выделен ряд так называемых основных специальностей и специальностей, требующих углубленной подготовки, которая проводится через профессиональную переподготовку, ординатуру, аспирантуру только при наличии сертификата по соответствующей основной специальности. Базовыми для сексологии здесь установлены лишь психиатрия и эндокринология.

Вместе с тем, как показывает анализ и других экспертных специальностей, общетеоретические и клинические представления основной дисциплины (в данном случае сексологии) не исчерпывают специальные познания судебного эксперта-сексолога и даже не могут быть перенесены в практику экспертизы. Дело в том, что «экспертные» судебно-сексологические понятия занимают особое промежуточное положение между сексологическими представлениями и юридическими терминами. Поэтому они не могут быть заимствованы в неизменном виде из сексологической теории, так как связь их с судебно-сексологическими понятиями всегда опосредована: последние не содержат никакой информации о своей юридической значимости, о том, какие правовые последствия могут вытекать из их диагностики. По аналогии с иными экспертными науками [Сафуанов Ф.С., 2000] судебная сексология вынуждена вырабатывать особые «экспертные» судебно-сексологические понятия. Это прежде всего юридические критерии, которые, являясь правовыми нормами, сформулированы в сексологических понятиях, раскрывающих наиболее интегративные, обобщенные особенности отражения сексуальной сферы и регуляции сексуального поведения. Из сказанного вытекает и следующее требование к эксперту-сексологу, который, помимо собственно сексологического образования, должен пройти специальную подготовку в области судебной сексологии.

При оценке специалистами экспертного задания следует исходить из понимания неправомерности и этической несостоятельности работы с подэкспертным, результаты которой хотя бы в минимальной степени ставят под сомнение принцип презумпции невиновности. В этом смысле наиболее оправданным являлось бы назначение экспертного исследования только после достоверного установления факта совершения деяния подэкспертным в ходе уже судебного разбирательства. Как определенный шаг в этом направлении можно рассматривать норму, заложенную в Законе «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», где в соответствии со ст. 29 для производства судебно-психиатрической экспертизы лицо помещается в стационар только на основании определения суда или поста-

новления судьи. В настоящее время основным условием проведения экспертизы подозреваемого является соответствие постановления статье 404 УПК РСФСР. В нем должно быть указано, что, во-первых, собрано достаточно доказательств, свидетельствующих о совершении расследуемого деяния этим лицом, и, во-вторых, что единственным препятствием для предъявления обвинения служит сомнение в психическом состоянии этого лица.

С той же осторожностью эксперты должны относиться к проведению исследований, целью которых является установление мотивации противоправного поведения либо использование результатов обследования в качестве основного доказательства вины подэкспертного. Так, некоторыми специалистами обосновывается целесообразность проведения психодиагностического исследования подэкспертного, основной целью которого называется оценка способности конкретного индивидуума к совершению подразумеваемого деяния. В результате предпринимается попытка решения вопроса о соответствии психологических характеристик исследуемого тем особенностям личности, которые предполагаются у виновного в данном преступлении. Более того, считается возможным достоверное установление определенных тенденций и влечений исследуемого, которые, естественно, сопоставляются с конкретным деянием для заключения о вероятности его совершения обследованным [Китаев Н.Н., 1991; Китаев Н.Н. и др., 1992]. Следует, однако, учитывать, что использование специальных, в том числе сексологических, познаний в форме судебной экспертизы предполагает, что заключение будет сформулировано относительно обстоятельств, между которыми существует однозначная связь, и что установить ее, причем с достоверностью, позволяет современный уровень развития научных знаний [Сафуанов Ф.С., Шишков С.Н., 1992; Шишков С.Н., 1997].

Нередко на практике одновременно с вопросами, входящими в экспертную компетенцию, формулируются задания, заведомо не соответствующие данной компетенции. Например, до сих пор встречается вопрос об отнесении тех или иных видов печатной и видеопродукции к «эротическим» или «порнографическим», что согласуется с Комментарием к УК РФ, где сексологическая экспертиза упоминается среди тех экспертных исследований, заключения которых являются основой определения характера таких материалов и предметов. Однако сомнительное само по себе подобное разграничение может являться в лучшем случае предметом искусствоведческой экспертизы, а оценка влияния данной продукции на индивидуума производиться только в аспекте определенного поведения конкретного подэкспертного. Не случайно Верховный Суд РСФСР в 1989 г. по делу об изготовлении и распространении порнографической кинопродукции не признал доказательством заключение психолого-искусствоведческой экспертизы, так как в состав комиссии входили специалисты в области медицины, педагогики, врач-сексолог и художник, но не входили специалисты в области кино-, теле- или видеоискусства. В свете этого определения считается обязательным привлечение в качестве экспертов по оценке того, относится ли та или иная продукция к произведениям искусства или же она является совокупностью порнографических изображений, различных квалифицированных экспертов, которыми не могут быть юристы или медицинские работники.

В соответствии со статьей 82 УПК РСФСР недостаточность материалов является одним из оснований отказа в даче заключения. При этом следует учитывать, что под недостаточностью материалов подразумевается не число объектов исследования, а количество содержащейся в ней информации. Например, при формальном наличии в материалах дела допросов близких

испытуемого, его сослуживцев, всевозможных характеристик и т.п. их содержательное насыщение может оказаться настолько скудным, что делает невозможным их использование для оценки необходимых в данном конкретном случае обстоятельств жизни обследуемого. В такой ситуации эксперт в соответствии со статьей 82 УПК и статьей 76 ГПК РСФСР вправе заявить ходатайство о получении дополнительных данных и лишь после его отклонения правомочен сделать вывод о невозможности дать заключение. Следует при этом помнить, что при заявлении такого ходатайства срок производства экспертизы приостанавливается, если до его удовлетворения дальнейшее проведение исследования невозможно. Однако эксперт обязан изучить все предоставленные объекты исследования, поскольку право на отказ от производства как такового экспертизы, т.е. проведения специальных исследований, законом не предусматривается, за исключением случаев некомпетентности эксперта.

Оценка представленных материалов соответствует этапу уточнения основных и вспомогательных объектов, необходимых для исследования.

4.2. Комплексные сексологические экспертизы

Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза (КССПЭ) — один из видов комплексных экспертных исследований, правовым основанием которого является Закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (статья 23), а организация его предусмотрена постановлением Пленума Верховного Суда СССР «О судебной экспертизе по уголовным делам» от 16.03.1971 г. и инструкцией «Об организации производства комплексных экспертиз в судебно-экспертных учреждениях СССР» (1986).

Первый из этих документов содержал разъяснение, в соответствие с которым «...в необходимых случаях, когда установление того или иного обстоятельства невозможно путем проведения отдельных экспертиз либо это выходит за пределы компетенции одного эксперта или комиссии экспертов, может быть назначено проведение ряда исследований, осуществляемых несколькими экспертами на основе использования разных специальных познаний. Эксперты вправе при этом составить совместное заключение.» Второй документ также содержит принципиальное положение, что «производство комплексных экспертиз организуется в случаях, когда в целях всестороннего исследования обстоятельств уголовного или гражданского дела требуется привлечь экспертов, владеющих разными специальными познаниями, для формулирования общего вывода (выводов) на основе совместного обобщения и оценки результатов проведенных ими исследований». Помимо этого, инструкция формулирует основные требования к процедуре проведения комплексных экспертиз, правилам взаимодействия между специалистами различных компетенций и т.п.

Таким образом были заложены основные признаки комплексных экспертиз, к которым обычно относят следующие: 1) наличие единого объекта исследования; 2) различие его предмета, что, в частности, выражается в различии методов исследования; 3) различие компетенции взаимодействующих специалистов при четком разделении их функций; 4) сходство или идентичность системы информационных единиц, создающие возможность обоюдного взаимопонимания, контроля и оценки; 5) возможность формулирования единого вывода на основе интеграции полученных разнородных данных путем их совместной оценки всеми экспертами.

Выделенные признаки в целом соответствуют главным теоретическим положениям комплексных экспертиз [Кудрявцев И.А., 1999]. Основные дискуссии связаны с выделением предмета каждого из комплексирующих экспертного исследования, который, как нам представляется, может быть как общим, так и отражать специфику экспертных знаний обоих экспертов.

В настоящее время правомочность проведения комплексных экспертных исследований является общепризнанной. Так, Закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» содержит специальную статью (статья 23 «Комиссия экспертов разных специальностей»), устанавливающую нормы взаимодействия специалистов в рамках комплексной экспертизы. Эта статья полностью согласуется со статьей 219 проекта Уголовно-процессуального кодекса РФ «Комплексная экспертиза», которая устанавливает, что данный вид экспертного исследования «проводится в случаях, когда для производства исследований необходимы познания разных отраслей знаний, экспертами различных специальностей в пределах своей компетенции».

Специфика предмета судебной сексологической экспертизы определяется особенностями сексуальности, в том числе ее патологическими вариантами, которые выявляются в ходе экспертного исследования, а также необходимостью установления их юридического значения и степени их влияния на характер и закономерности полоролевой и сексуальной деятельности, имеющей значение для права. Специфика предмета КССПЭ определяется исследованием взаимодействия указанных особенностей с возможными отклонениями в психическом функционировании субъекта, а также их совместного воздействия на отражение окружающего и регуляцию поведения, имеющего юридическое значение.

Таким образом, предмет судебной сексологической экспертизы может являться составной частью предмета КССПЭ. Однако системный характер последней значительно повышает возможности обеих базовых экспертиз. Преимущества комплексного подхода могут существенно влиять на экспертные выводы и даже менять заключения самостоятельных экспертиз. Назначение КССПЭ более целесообразно, поскольку потребность в изолированном решении специфических вопросов возникает реже, а их решение влечет за собой постановку новых, относящихся к совместной компетенции сексолога и психиатра.

Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза — это экспертиза, объединяющая специальные познания эксперта-сексолога и эксперта-психиатра для совместного исследования психосексуальных особенностей подэкспертного в целях получения общего ответа на вопросы, входящие в их совместную компетенцию. Данное определение устанавливает условия, при которых назначение КССПЭ является обоснованным. Они образуются в тех случаях, когда возникает потребность в использовании знаний сексологии и психиатрии в рамках единой экспертизы. В иных обстоятельствах может возникнуть необходимость в назначении либо только сексологической экспертизы, либо нескольких последовательных экспертиз с отдельными вопросами к сексологу и психиатру. Для выбора наиболее адекватного вида экспертного исследования следует учитывать специфику предмета каждой из экспертиз.

Наличие двойного образования создает принципиальную возможность осуществления комплексного сексолого-психиатрического исследования единолично, когда специалист реализует обе компетенции. Этому, однако, препятствует комиссионный принцип проведения психиатрической экспертизы, хотя в соответствии с «Инструкцией о производстве судебно-пси-

хиатрической экспертизы в СССР» от 27.10.1970 г. единоличная экспертиза может быть в суде или в случае отсутствия необходимых экспертов.

Вместе с тем необходимо указать на противоречия комиссионного принципа Уголовно-процессуальному кодексу и фундаментальным положениям об экспертной деятельности, из которых наиболее существенны следующие:

1) принцип личной ответственности за данное экспертом заключение, сформулированный в статье 80 УПК РСФСР;

2) принцип равноправия экспертов, в соответствии с которым свобода суждения каждого из них не должна ограничиваться должностной зависимостью или влиянием иных факторов;

3) принцип обязательного самостоятельного проведения во всем объеме исследования с последующим сопоставлением при необходимости полученных каждым из взаимодействующих экспертов результатов. Данный принцип четко сформулирован в Законе о государственной судебно-экспертной деятельности, где в соответствии со статьей 22 «при производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами одной специальности *каждый из них проводит исследования в полном объеме*».

Очевидно, что соблюдение приведенных принципов достаточно затруднительно при существующей на сегодня практике комиссионного проведения экспертизы, в связи с чем оправданным скорее было бы не требование обязательного проведения экспертизы комиссией экспертов, а, напротив, допущение именно ее как исключения, одним из которых и явилось бы комплексное экспертное исследование.

В тех случаях, когда производство комплексной экспертизы поручается нескольким учреждениям, в постановлении (определении) должно быть указано, какое из них является ведущим, т.е. осуществляющим организацию производства экспертизы и координацию проводимых специалистами исследований.

Одно из первоочередных мероприятий подготовительного этапа — назначение руководителем экспертного учреждения ведущего эксперта, который обеспечивает надлежащую организацию и координацию деятельности комиссии экспертов, составляет заключение или сообщение о невозможности дать заключение.

При назначении КССПЭ, как правило, таким ведущим экспертом становится психиатр, хотя вопрос этот должен решаться в каждом случае с учетом объема и задач исследования.

Эффективность реализации ***исследовательской программы (этапа)*** в значительной степени предопределяется успешностью подготовительного этапа.

Требуется как можно более раннее установление взаимодействия между кооперирующимися экспертами. Нормативы первичного сексологического обследования устанавливают трудоемкую процедуру, по временным затратам сопоставимую с клинико-психопатологическим исследованием. К тому же универсальность сексологической диагностики предусматривает наряду с психопатологическим анализом оценку состояния урогенитальной сферы, эндокринного обеспечения, что определяет необходимость использования разнообразных диагностических приемов соответствующих дисциплин. Сексолог при этом выступает и как координатор консультантов — эндокринолога, уролога, генетика и т.д., поскольку именно сексологическое исследование наиболее эффективно вскрывает совокупность дизонтогенетических, нейрогуморальных и психосексуальных аберраций, позволяющую предположить генетическую, эндокринную или иную природу расстройств.

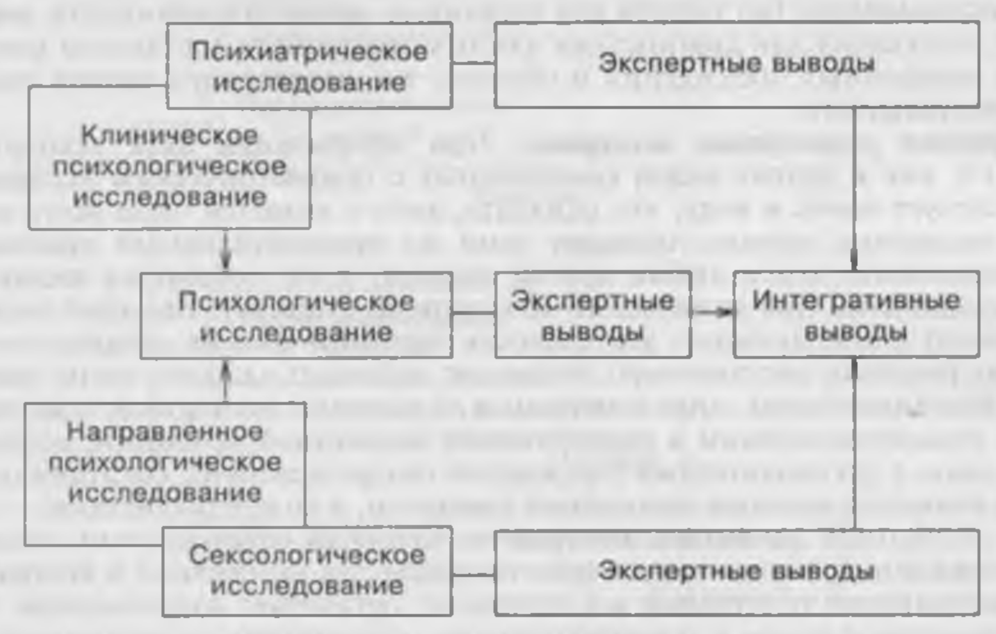
что не всегда является очевидным при изолированном психопатологическом анализе.

Процедура экспертного исследования еще более усложняется при проведении комплексной экспертизы, подразумевающей взаимодействие более двух экспертов различной компетенции. Чаще всего — это сексолого-психолого-психиатрическая экспертиза. Концептуальные трудности совмещения этих компетенций очевидны уже на примере неоднократно обсуждаемых вопросов разделения компетенций психолога и психиатра, что сказывается и на представлениях о формах взаимодействия между ними. Причем формы эти в значительной степени определяются теоретическими положениями о возможностях применяемых методов и границах их использования. Так, одной из наиболее распространенных точек зрения, находящей свое выражение в конкретной практической деятельности, является та, которая в наиболее четком виде отражена в работе Ф.С. Сафуанова (1998). Автор указывает, что при проведении комплексной психолого-психиатрической экспертизы эксперт-психолог использует экспериментально-психологическое исследование наряду с психологическим анализом материалов уголовного дела для ответов на вопросы, относящиеся к его компетенции в тех случаях, когда обвиняемый уже признан психиатрами способным осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, а у иных участников процесса не обнаружено психических расстройств. Это положение получает развитие в конкретных рекомендациях по составлению заключения, когда патопсихологическое заключение рекомендовано включать в раздел, описывающий психический статус подэкспертного, а при решении психиатрами вопросов в сторону невменяемости психолог вовсе вправе не отвечать на вопросы, входящие в его компетенцию, «поскольку вопросы эксперту-психологу обычно имеют значение только в отношении вменяемых лиц». Помимо неправомерного игнорирования интересов органов, назначивших экспертизу, эти позиции неизбежно оказываются внутренне противоречивыми. Так, Ф.С. Сафуанов аргументированно оспаривает представления И.А. Кудрявцева, который называл в качестве предмета судебно-психологической экспертизы «полную норму», а при комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе видел обязанности психолога в исследовании лиц с пограничными психическими расстройствами. При этом он совершенно правомерно приходит к выводу, что объектом исследования психолога-эксперта независимо от вида экспертизы не может быть заведомо «нормальная» или «пограничная» психика, поскольку он имеет дело с особенностями психической деятельности, обусловлены ли они патологическими или непатологическими факторами. Это наглядно на примере проблемы невменяемости, содержательная характеристика которой основана на таких базовых понятиях психологии, как интеллект и воля, а речь идет об осознанно-волевом поведении.

Невменяемость как оценка способности к осознанно-волевому поведению в конкретном случае может быть адекватно описана только в терминах и понятиях психологии, в связи с чем при установлении наличия или отсутствия психологического критерия невменяемости требуется использование профессиональных психологических знаний [Ситковская О.Д., 1998]. Справедливость такого подхода сомнению не подвергается, и все контраргументы исходят только из оценки его как «ориентированного на будущее, явно обогнавшего свое время» и сводятся к признанию отсутствия необходимой организационной, материальной и научной базы [Ратинова Н.А., 1998]. Однако исходная непогрешимость этого подхода определяет и совер-

Схема 4.1

Модель взаимоотношений экспертов в рамках комплексного исследования



шенно иные взаимоотношения между психологом и психиатром при их комплексации.

Модель триединого взаимодействия психиатра, психолога и сексолога (схема 4.1) подразумевает, что в ходе комплексного исследования с помощью психологического метода решается несколько задач, среди которых можно выделить вспомогательные задачи в ходе проведения психиатрического и сексологического анализа. Получаемые при этом результаты, однако, интегрируются в комплексе собственно психологических задач, отражающих специфику психологической компетенции.

Специфика судебного сексологического исследования, особенности взаимодействия экспертов в рамках КССПЭ находят отражение в оформлении заключения. При окончательном оформлении акта комплексной экспертизы особенно важным является соблюдение следующих двух принципов, относящихся к различным юридическим аспектам.

Принцип равноправия диагностических (экспертных) гипотез. Недопустимы умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в угоду итоговой, конечной диагностической и экспертной концепции. Необходимо приводить всю фактическую совокупность, присутствующую в материалах дела, даже если она противоречит объективно складывающейся картине состояния. Единственное, что может позволить себе эксперт в этих случаях, — это изложить данную информацию таким образом, чтобы сделать очевидными сомнения в ее достоверности, с обязательным указанием на обстоятельства, ей противоречащие.

Например, в случаях патологии влечений, нередко подразумевающих повторную поведенческую активность, которая не явилась основанием для данного обвинения, однако становится известной при клиническом исследовании, эксперт должен соблюдать осторожность при изложении в акте полученных им сведений. Изложение подобной информации должно осуществляться в таком виде, чтобы оно не смогло послужить основанием для

привлечения подэкспертного к новой уголовной ответственности, предъявления ему более тяжкого обвинения или применения более тяжкого наказания. Подобная форма изложения часто оправдана уже тем, что может быть использована без ущерба для полноты и аргументированности заключения, поскольку для диагностики данных расстройств достаточно констатации девиантных побуждений и образов, т.е. идеаторного уровня аномалий сексуальности.

Принцип равноправия экспертов. При оформлении акта экспертизы КССПЭ, как и других видов комплексных с психиатрическим исследований, следует иметь в виду, что психиатр, хотя и является чаще всего ведущим экспертом, однако, обладает теми же процессуальными правами и обязанностями, что и любой другой эксперт, и не пользуется никакими преимуществами при разрешении вопросов по существу. Ведущий эксперт организует и координирует деятельность экспертов разных специальностей в целях решения поставленных вопросов; знакомит каждого члена комиссии с постановлением (определением) о назначении экспертизы и материалами, предоставленными в распоряжение экспертной комиссии; осуществляет связь с руководителями учреждений (подразделений), сотрудники которых являются членами экспертной комиссии, и со специалистами — членами экспертной комиссии, которые не являются сотрудниками экспертных учреждений; контролирует срок производства экспертизы и координирует выполнение программы исследования; организует ознакомление членов комиссии с ходом и промежуточными результатами исследований; составляет проект экспертного заключения (акта комплексной судебной экспертизы) на основании заключений экспертов разных специальностей или письменное сообщение о невозможности дать экспертное заключение, согласовывает их тексты с остальными членами экспертной комиссии.

Равноправие экспертов определяет и равноценное значение получаемых результатов и выводов исследования, каждое из которых в полном объеме первоначально выделяется особо.

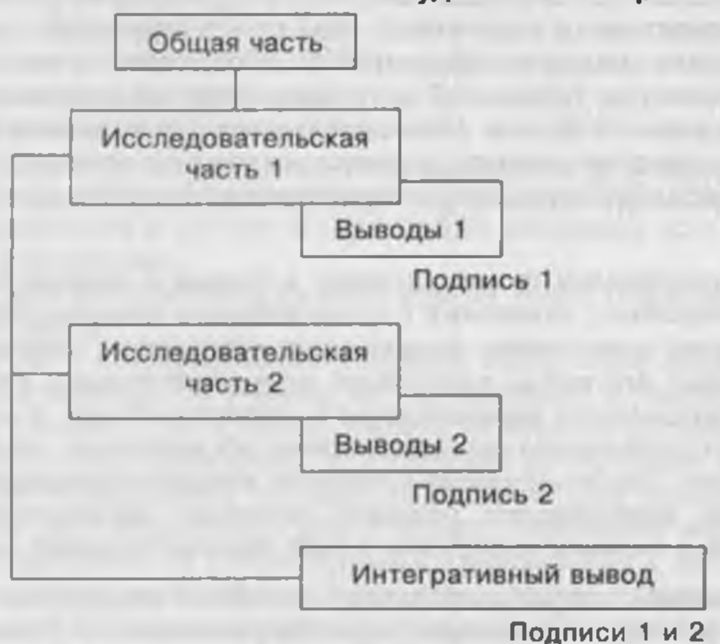
Модельный акт комплексной экспертизы (схема 4.2) должен отвечать основным принципам экспертных исследований, содержащихся, например, в упомянутом постановлении 1971 г. Здесь, в частности, говорится, что «в заключении экспертов должно быть указано, какие исследования провел каждый эксперт, какие факты он лично установил и к каким пришел выводам. Каждый эксперт вправе подписать общее заключение либо ту часть его, которая отражает ход и результаты проведенных им лично исследований. Если основанием окончательного вывода являются факты, установленные другим экспертом, то об этом также должно быть указано в заключении». Требование закона о том, что эксперт дает заключение от своего имени на основании исследований, проведенных им в соответствии с его специальными познаниями, и несет за данное им заключение личную ответственность (статья 80 УПК РСФСР), полностью распространяется и на лиц, участвующих в производстве такой экспертизы.

Законодательные проекты (статья 23 Закона о судебно-экспертной деятельности и статья 219 проекта УПК) в этом смысле более чем определенны, они прямо указывают, что каждый эксперт, участвующий в проведении комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, в которой содержится описание проведенных им исследований.

Однако самое тщательное клиническое исследование может оказаться недостаточным для получения всей феноменологической совокупности, необходимой для установления предполагаемого диагноза. В связи с этим даже при возможном наличии расстройств влечений нередко приходится

Схема 4.2

Заключение комплексной судебной экспертизы



прибегать к формулировкам, сутью которых является признание несовершенства диагностического инструментария для убедительного и категоричного обоснования допустимой клинической гипотезы.

> Например, *при отсутствии каких-либо убедительных клинических данных, однозначно свидетельствующих о расстройствах влечений, допускается следующее заключение: «В связи с установочным поведением (недостоверным изложением данных о психосексуальном развитии) ответить на поставленный вопрос не представляется возможным».*

По сути подобная формулировка соответствует отказу от ответа на вопрос как выходящий за пределы специальных познаний в силу недостаточного уровня развития науки либо невосполнимой недостаточности материалов, что допустимо в свете статьи 82 УПК РСФСР.

В ряде случаев окончательный вывод хотя и может быть сделан, однако лишь с той или иной степенью вероятности. В этих ситуациях эксперт вынужден формулировать свои выводы в *вероятной форме*, что отвечает одному из фундаментальных представлений о *гипотетической форме* экспертного заключения как о единственно возможном. При этом прежде всего следует иметь в виду, что вероятный вывод не может быть произвольным предположением эксперта. Вывод в вероятной форме является объективным результатом проведенного исследования и должен одновременно содержать экспертную оценку степени вероятности (надежности) полученных данных. В ряде экспертных исследований для определения степени вероятности при обработке количественных признаков используются методы прикладной математической статистики. Однако сложность производства некоторых экспертных исследований, в том числе судебно-психиатрических, обусловленная отсутствием или недостатком информации о распространенности (встречаемости) тех или иных диагностически значимых признаков, теоретическая нерешенность определения их диагностической ценности, трудности выделения психопатологических и сексологических при-

знаков, доступных измерениям, порождают невозможность строго количественного определения вероятности. Поэтому эксперт правомочен указывать степень вероятности словесно, в виде ориентирующей градации. Однако это не лишает эксперта обязанности обосновать в заключении свою оценку вероятности с указанием — почему ответ на поставленный вопрос не дан в категоричной форме. Недопустима при этом замена вероятных заключений по существу предположительными, когда употребление понятия вероятности выражает лишь неопределенность, без указания степени вероятности.

Возможна следующая формулировка: *«Данные о неоднократном воспроизведении однородных, связанных с принуждением гомосексуального объекта к половому акту и неизменно включающих агрессивные элементы, девиантных сексуальных действий, полностью соответствующих структуре переживаний, отмечавшихся первоначально в возрасте 20 лет, в сопоставлении с результатами настоящего сексологического обследования, выявившего высокую значимость для сексуального поведения мотивов доминирования, с высокой степенью вероятности (высшей степенью вероятности, вероятнее всего) говорят о наличии парафилии в виде гомосексуального садизма».*

В значительной степени разрешение подобной экспертной ситуации облегчается при экспертном задании, ориентированном на установление клинического правдоподобия воссоздаваемой окружающими картины поведения обвиняемого. При сексуальных правонарушениях обычно такой вопрос возникает при необходимости косвенной оценки аномального сексуального поведения обвиняемого и использования ее для обоснования, в совокупности с другими данными, значения возможной патологии сексуального влечения как механизма противоправного деяния. Он может быть задан, например, в следующей форме:

«Соответствует ли описание поведения подэкспертного в такой-то ситуации потерпевшими (свидетелями) признакам, характеризующим аномальное сексуальное поведение, обусловленное какой-либо патологией сексуального влечения?»

4.3. Предметные виды сексологических и сексолого-психиатрических экспертиз

Выбор комплексного экспертного исследования, подразумевающего использование познаний в области сексологии, оправдан в ряде юридических ситуаций, среди которых, например, в отношении обвиняемого прежде всего имеют значение: 1) сексуальный характер правонарушения; 2) стереотипность и повторность правонарушений, в некоторых случаях даже не имеющих явно сексуальной подоплеки; 3) совершение деяний, позволяющих заподозрить расстройство влечений любого другого вида (неоднократные поджоги, кражи, гомицидные акты и т.п.); 4) предположение связи противоправного поведения с сексуальными расстройствами и нарушениями сексуального влечения в анамнезе.

При выборе между однородной и комплексной экспертизами следует иметь в виду, что только в рамках совместного исследования оказывается доступной оценка взаимодействия психопатологического и патосексологического факторов. Определение таких системных качеств объекта, вероятность влияния которых на поведение в указанных ситуациях всегда велика, позволяет почти однозначно остановиться на выборе КССПЭ.

Обоснованность выбора КССПЭ выражается в постановке правоохранительными органами вопросов, отражающих компетенцию экспертов, а также уровень современных знаний. Эти вопросы неразрывно связаны со следующими стоящими перед КССПЭ задачами в уголовном процессе.

1. Установление индивидуальных особенностей направленности сексуального влечения, способов его реализации или иных отличительных черт сексуальности, выяснение их влияния на поведение в момент преступления, определение степени опасности личности и выбор адекватных мер медицинского характера в случае экскульпации индивида или признания его ограниченно вменяемым.

Вопросы, соответствующие данной задаче, могут быть сформулированы следующим образом:

«Имеются ли у подэкспертного признаки каких-либо аномалий сексуальности, которые оказали бы влияние на его поведение в такой-то ситуации? Если таковые имеются, то в какой степени их влияние на поведение было выражено, носят ли они болезненный, патологический характер и лишали ли они подэкспертного возможности осознавать фактический характер и значение своих действий либо руководить ими в период совершения инкриминируемого ему деяния? Нуждается ли подэкспертный в применении к нему принудительных мер медицинского характера с учетом возможной патологии сексуальной сферы и связанной с данными расстройствами его общественной опасностью?»

2. Выявление у несовершеннолетних обвиняемых нарушений полового и психосексуального созревания, оказывающих влияние на их поведение в момент преступления, а также на способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Данная задача исходит из смысла статьи 20 УК РФ, в соответствии с которой несовершеннолетний, достигший возраста уголовной ответственности, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, был лишен сохранности в полной мере указанных способностей, не подлежит уголовной ответственности. Оставляя в стороне все недоразумения, образовавшиеся в результате подобной формулировки (например, введение этой статьи Уголовного кодекса при действующей статье 392 УПК или явное несоответствие ее статье 22 УК, согласно которой подросток с психическими аномалиями в той же степени нарушенной способности тем не менее подлежит наказанию), признаем, однако, саму правомерность учета степени психической зрелости несовершеннолетнего при оценке его способности к осознанно-волевому поведению.

Оправданность сексологического исследования обусловлена в данном случае тем, что любые нарушения развития в данном контексте не сводятся исключительно к интеллектуальным расстройствам и отражают широкий спектр дизонтогенетических аномалий личности в целом, в связи с чем их оценка должна включать и анализ отклонений в психосексуальном становлении, поскольку последнее является составной частью психического развития. Также следует принимать во внимание то обстоятельство, что речь может идти не только о задержках развития, обусловленных социальными причинами, но и о ретардации психофизического созревания, составной частью которого является психо- и соматосексуальное становление индивида, в связи с чем сексологический метод становится одним из наиболее адекватных инструментов исследования. Необходимость такого анализа особенно очевидна при сексуальном характере деликта.

Вопрос может быть задан в следующей форме:

«Имеются ли у несовершеннолетнего признаки дисгармонии (аномалии) психосексуального развития, если да, то в какой мере они оказывали влияние

ни его поведение и мог ли он в полной мере осознавать значение своих действий или руководить ими в данной ситуации?»

3. Установление степени сохранности адаптационных способностей в сексуальной сфере (способности к полноценной сексуальной активности) обвиняемых или иных участников юридического процесса.

До недавнего времени эта задача многими рассматривалась как принадлежащая сугубо к компетенции судебно-медицинской экспертизы. В рамках данного экспертного исследования возможна оценка лишь соматической сохранности урогенитальной сферы, соответствия некоторых параметров возрастной норме, в лучшем случае при соответствующей подготовке эксперта — биологических показателей сексуальности. Однако перечисленные возможности заложены в самостоятельном виде экспертного исследования — судебной сексологической экспертизе, способной с бо́льшими основаниями разрешить данную задачу, причем значительно расширив пределы потенциальной аргументации.

Данная задача может быть конкретизирована следующим вопросом:

«Имеются ли у подэкспертного какие-либо болезненные расстройства сексуальной (или психической) сферы, препятствующие совершению им полового акта?»

4. Установление у лиц, участвующих в судебном процессе, признаков инверсии половой идентичности, определение в случае ее наличия степени влияния на поведение в юридически значимых обстоятельствах.

Один из правильных вариантов такого вопроса следующий:

«Имеются ли у подэкспертного физические и психические особенности, которые могли бы явиться основанием для смены его паспортного пола? Если да, то имели ли данные особенности подэкспертного влияние на его поведение в такой-то ситуации?»

Две последние задачи до недавних пор зачастую рассматривались как относящиеся к компетенции судебных медиков, а вытекающие из них исследования проводились в соответствии с п.п. 15—23 «Правил судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин» (1968) и п.п. 75—77 «Правил судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» (1966). Вместе с тем стало очевидно, что данные нормы не всегда отвечают современному уровню представлений о природе состояний, ведущих к этим расстройствам. Решающим доводом для разделения компетенций судебного медика и сексолога является необходимость анализа субъективной стороны патологии, психопатологического переживания.

В этом контексте даже упоминание в числе других признаков «наличия и характера полового влечения» никоим образом не могло считаться достаточным, поскольку проблема отрицания пола связана со спектром состояний, дифференциация которых доступна только в рамках психиатрической и сексологической компетенций. На сегодняшний день возобладала более взвешенная позиция, отраженная в проекте «Правил проведения экспертных исследований лиц мужского пола при половых преступлениях и по гражданским делам», где указано, что «если... возникает необходимость в решении вопроса о половой принадлежности, то обследуемый через лицо или орган, назначившего судебно-медицинскую экспертизу, должен направляться на обследование в учреждение здравоохранения сексологического профиля с последующим проведением *комиссионной* судебно-медицинской экспертизы» (п.п. 1.20 и 2.8).

Наиболее адекватным решением данной проблемы является отнесение ее к компетенции КССПЭ, предметом которой служит установление у лиц, участвующих в судебном процессе, признаков нарушений психического

пола, определение в случае их наличия степени влияния на поведение в юридически значимых обстоятельствах. Отнесение данной задачи к совместной компетенции исходит из своеобразия диагностики транссексуальных состояний, подразумевающей комплексное обследование в принципе.

При этом, если правоохранительными органами конкретизируется интересующая их ситуация, уже чисто диагностическое разрешение данного вопроса нередко может приобретать важное значение фактора, в той или иной мере влияющего на поведение подэкспертного. Установление транссексуализма само по себе свидетельствует о глубокой деформации развития самосознания личности, ее потребностно-мотивационных структур. Часто к тому же он сопровождается и усугубляется своеобразным комплексом психопатологических образований, что может влиять на оценку способности к отражению окружающего и сохранности регуляторных механизмов поведения.

Могут встречаться и иные вопросы, менее распространенные в практике судебной экспертизы. Однако редкость постановки таких вопросов не говорит об их неправомерности, поскольку они имеют прямое отношение к возможным психическим и психосексуальным расстройствам обследуемых и напрямую связаны с исследуемой ситуацией.

5. Установление степени соответствия обстоятельств, приведших к смерти лица, предположительно покончившего жизнь самоубийством, клинической картине поведения, связанного с девиантным способом реализации сексуального влечения.

Речь идет о так называемой аутоасфиксиофилии, одной из разновидностей аномального сексуального поведения, заключающейся в достижении удовлетворения путем пережатия сонных артерий, а также другими самодеструктивными способами, при неосторожности нередко ведущими к смертельному исходу.

Вопрос в данной ситуации может быть поставлен следующим образом:

«Имеются ли в обстоятельствах дела признаки, которые позволили бы в качестве причины смерти предположить несчастный случай, происшедший в результате использования аномального способа удовлетворения сексуальной потребности?»

6. Экспертная оценка потерпевших от сексуальных преступлений. Существуют три основных условия, которые требуют психиатрической и сексологической оценки при насильственных сексуальных действиях: установление беспомощного состояния потерпевшей, способности давать показания и определение степени тяжести повреждений, которые являются особыми составами преступления.

Традиционно проводимое клинико-психопатологическое обследование в ряде случаев оказывается недостаточным, поскольку независимо от наличия психической патологии этап и характер психосексуального развития во многом определяют как поведение этих лиц в криминальной ситуации, так и различия в восприятии происходящих с ними событий, а также последующие процессуальные способности.

Вопросы, соответствующие данным задачам, могут быть сформулированы в следующем виде:

«Мог ли потерпевший(ая) по уровню своего психосексуального развития или в силу каких-либо аномалий сексуальности в момент правонарушения правильно понимать характер и значение действий преступника или оказывать сопротивление с учетом обстоятельств конкретной ситуации?»

«Может ли потерпевший(ая) по уровню своего психосексуального развития или в силу возможных аномалий сексуальности правильно воспринимать

такие-то обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания (правильно их воспроизвести)?»

«Какие непосредственные и отдаленные последствия имело для потерпевшего совершение с ним конкретных противоправных действий? Какова степень тяжести наступивших расстройств психической и сексуальной сфер?»

Указанные последствия могут заключаться и в формировании у подвергшихся развратным или насильственным сексуальным действиям однородных вызвавшим их форм аномального поведения. Нередко в процессе следствия выявляется, что лица, совершившие девиантные сексуальные действия, или потерпевшие в детстве были объектами гомосексуальных или насильственных актов.

7. Установление взаимосвязи между ролью жертвы в прошлом и дальнейшим девиантным поведением. Это становится правомерным в той степени, в которой оно определяет условия, способствовавшие совершению конкретного преступления и, следовательно, имеющие юридическое значение и обязательные для выявления в судебном процессе.

Соответствующий вопрос может быть сформулирован следующим образом:

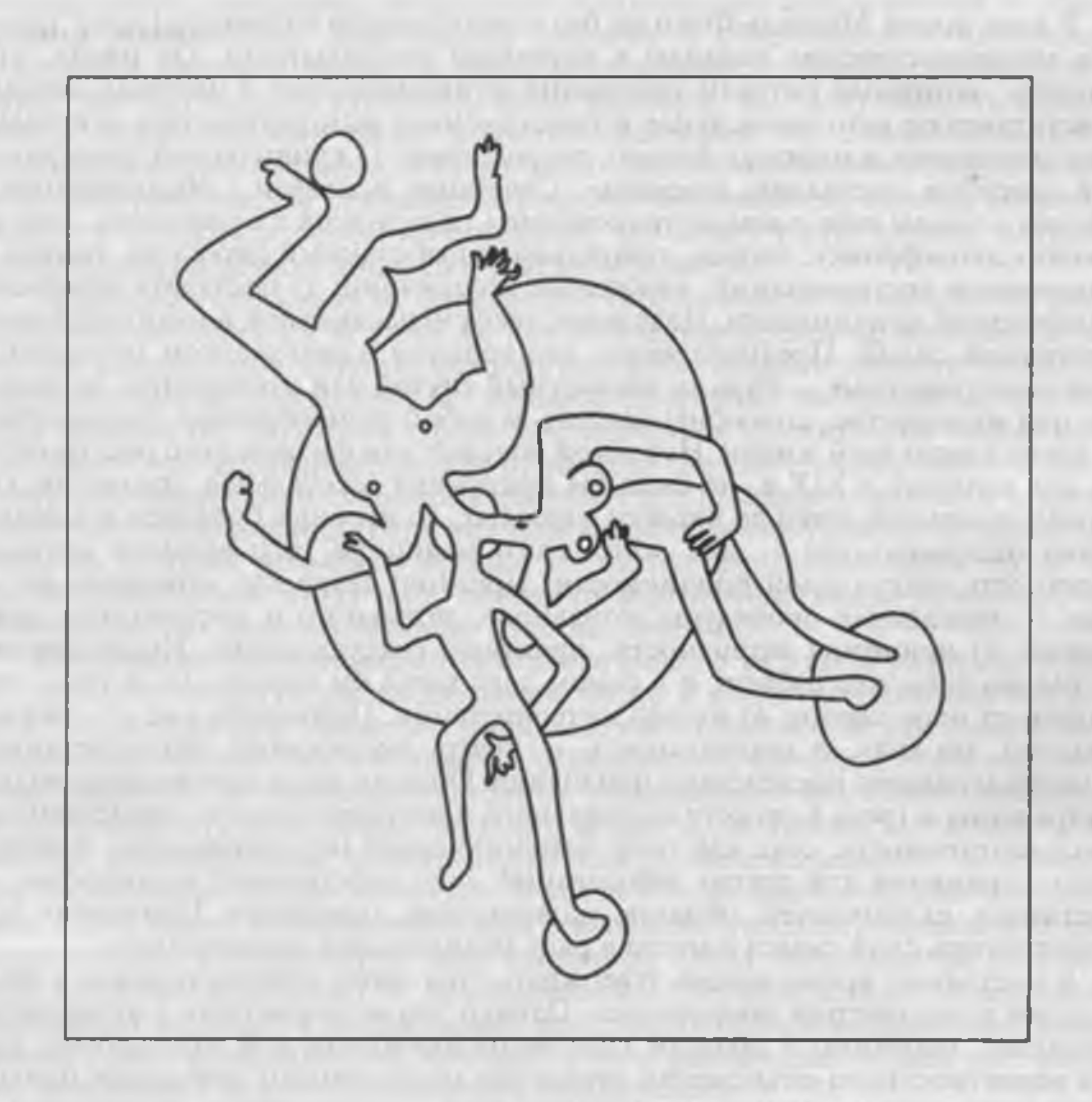
«Имело ли значение для психосексуального развития обвиняемого совершение в отношении его девиантных сексуальных действий в прошлом? Если да, то в какой мере оно определило формирование аномального сексуального поведения, проявившегося в данной ситуации правонарушения?»

При ответе на такой вопрос необходимо учитывать этап психосексуального развития в тот период, когда индивидуум подвергся сексуальным притязаниям, характер последующих сдвигов и отклонений в сексуальном становлении, степень соответствия элементов собственно аномального поведения тому поведению, жертвой которого являлся в прошлом сам подэкспертный, с максимально возможным установлением зависимости данных изменений процесса психосексуальных ориентаций от оказанного воздействия. Поскольку в данном случае могут быть получены выводы, которые чаще носят вероятностный характер, изложение их в категоричной форме не всегда допустимо.

Изложенные методологические подходы и организационные особенности КССПЭ, естественно, не охватывают всего разнообразия возникающих в практике ситуаций и могут быть дополнены в ходе накопления опыта их реализации.

Часть II

Методические основы сексологической экспертизы



Глава 5

Сексологические методы исследования и семиотика юридически значимых сексуальных расстройств

В свое время Мишель Фуко не без язвительности охарактеризовал научные методологические подходы к изучению сексуальности. Он писал, что способы, которыми ритуалы признания функционируют в научных схемах, конституируют «это ненасытное и традиционное вымогательство» сексуального признания в научных формах посредством: 1) клинической кодификации способов «заставлять говорить». Сочетание исповеди с обследованием, рассказ о самом себе с демонстрированием ряда знаков и симптомов, допускающих дешифровку; допрос, тщательно разработанный опросник, гипноз с вызыванием воспоминаний, свободные ассоциации; 2) постулата всеобщей и диффузной причинности. Наделение секса неиссякаемой и многообразной причинной силой. Предполагается, что события в сексуальном поведении, самые неприметные — будь то несчастный случай или отклонение, недостаток или излишество, способны повлечь за собой разнообразные последствия на протяжении всей жизни. Нет такой болезни или физического расстройства, для которых в XIX в. не была бы придумана сексуальная этиология. От дурных привычек детей до чахотки взрослых, до нервных болезней и вырождения отдельных рас — для всего этого медицина того времени соткала целую сеть сексуальной причинности. Принцип секса как «причины все и вся» — оправдание процедуры тотального, детального и постоянного признания; 3) принципа латентности, присущей сексуальности. Исследование не только того, что субъект и в самом деле хотел бы скрыть, но и того, что скрыто от него самого; 4) метода интерпретации. Признание уже не доказательство, но знак, а сексуальность — нечто, подлежащее интерпретации; 5) медикализацию последствий признания. Область секса переводится из регистра вины и греха в регистр нормального и патологического; свойственная сексу патогенность; секс как поле патологической неустойчивости; поверхность отражения для других заболеваний; очаг собственной нозографии — инстинкта, склонностей, образов, удовольствия, поведения. Признание получает теперь свой смысл и место в ряду медицинских вмешательств.

В настоящее время можно утверждать, что эпоха пансексуализма в психологии и психиатрии закончилась. Однако это не упростило, а усложнило ситуацию, особенно в области судебно-психиатрической экспертизы, где для вероятностного объяснения регуляции исследуемого поведения приходится использовать данные нескольких наук — психиатрии, психологии и сексологии.

5.1. Особенности сексологического метода обследования в судебной экспертизе

Эксперт-сексолог обязан провести все исследования, которые необходимы и достаточны для дачи заключения, кроме запрещенных законом и иными нормативно-правовыми актами.

При уточнении экспертного задания следует иметь в виду, что необходимость в использовании специальных сексологических познаний может выявляться на любых этапах следственных действий, в том числе относящихся к оперативно-розыскным. В этих случаях надо четко разграничивать собственно экспертные задания от иных форм сотрудничества специалиста с правоохранительными органами. Так, например, существенны различия между правовым статусом специалиста и эксперта. Если первого приглашают для исследования доказательств, то заключение второго является самостоятельным видом доказательства (подробно см. главу 15).

Судебно-сексологическое обследование, как и любое другое экспертное исследование, построено на анализе соотношения субъективной и объективной информации. При оценке полноты и объективности имеющихся показаний, которые остаются самостоятельными судебными доказательствами, эксперт должен учитывать такие факторы, как длительность знакомства с подэкспертным лица, дающего показания, его осведомленность в психиатрических вопросах, а также заинтересованность этого лица в исходе дела. Поэтому нельзя игнорировать любую возможность личной встречи и беседы с близкими, особенно с женами, что может быть, однако, осуществлено только в рамках допроса с участием эксперта.

Указанные особенности определяют ограниченные возможности амбулаторной экспертизы. К тому же для сексологического обследования, как ни для какого-либо другого, важна атмосфера доверительности в ходе исследовательской процедуры, без которой получение необходимых для анализа данных об интимной сфере сексуальности практически недоступно. Тем более, что исследовательская процедура связана с обнажением испытуемого для проведения антропометрического, а при необходимости и урологического обследования. Поэтому при несоблюдении требуемых для исследования условий возможна ссылка на их неподходящий характер, в том числе присутствие иных лиц, особенно других участников процесса, как обстоятельство, препятствующее даче заключения.

Специфика использования сексологического метода в условиях судебно-экспертной ситуации заключается также в почти неизбежном искажении подэкспертным значимой информации в отношении как своего актуального состояния, так и условий и особенностей развития. Независимо от того, является ли подобное поведение умышленным или неосознаваемым, недостоверность излагаемых сведений может существенно сказаться на конечной квалификации особенностей как психосексуального онтогенеза, так и состояния сферы влечений. В связи с этим подчас трудно использовать и ряд таких традиционных для сексологии стандартизированных диагностических инструментов, как, например, СФМ (опросник по сексуальной функции мужчины) и анкетирование. Перечисленные ограничения обязывают эксперта к максимально детальному использованию всех имеющихся у него возможностей, которых у него фактически только две: изучение уголовного дела и обследование испытуемого.

При освидетельствовании обвиняемых осуществляется расспрос об обстоятельствах инкриминируемого им деяния, особенностях их сексуального поведения и психического состояния в период правонарушения. При освидетельствовании потерпевших проводится расспрос об обстоятельствах криминальной ситуации, особенностях психического состояния и поведения в этот и в последующий периоды до момента обследования. При освидетельствовании истцов и ответчиков производится расспрос об обстоятельствах совершения гражданского акта, психического состояния и сексуального поведения в тот период.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их сексологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики и вынесения экспертного решения в зависимости от конкретной юридически значимой ситуации.

При интерпретации полученных данных сексолог должен всегда руководствоваться исключительно клиническими аргументами с последовательным переходом от феноменологического описания к нозографической верификации и функциональному диагнозу.

5.2. Работа эксперта-сексолога с материалами дела

5.2.1. Требования к материалам дела

Минимальный стандарт материалов, необходимых для производства КССПЭ, при отсутствии которых следует сделать соответствующие запросы в органы, направившие на экспертизу, включает уголовное или гражданское дело, в котором представлены: постановление (определение) СПЭ (с указанием вида СПЭ); объективные данные о личности подэкспертного: характеристики (характеризующие материалы); медицинские сведения: копии заключений предыдущих СПЭ по данному делу; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и ПНД; подлинники (копии) стационарных историй болезней; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

Если предварительное изучение материалов дела позволяет провести предположительную диагностику, то запросы могут быть целенаправленными и в ряде случаев способствовать коррекции поставленных перед экспертизой вопросов и определению вида экспертизы, в том числе комплексных с привлечением психологов, невропатологов, эндокринологов и других специалистов.

В соответствии со статьей 82 УПК РСФСР недостаточность материалов является одним из оснований отказа в даче заключения. При этом следует учитывать, что под недостаточностью материалов подразумевается не число объектов исследования, а объем информации. Представленные материалы могут быть настолько неинформативными, что становится невозможным их использование для оценки в конкретном случае обстоятельств жизни обследуемого. В такой ситуации эксперт в соответствии со статьями 82 УПК и 76 ГПК РСФСР вправе заявить ходатайство о получении дополнительных сведений и лишь после его отклонения правомочен сделать вывод о невозможности дачи заключения. При выявлении недостаточности представленных материалов дела запрос в органы направления на экспертизу может быть оформлен в виде ходатайства с перечнем всех необходимых для проведения экспертизы материалов (статьи 82, 189 УПК РСФСР). При заявлении такого ходатайства срок производства экспертизы приостанавливается, если до его удовлетворения дальнейшее проведение исследования невозможно.

Эксперт обязан изучить все предоставленные объекты исследования, поскольку право на отказ от производства экспертизы, т.е. от проведения специальных исследований, законом не предусматривается, за исключением случаев некомпетентности эксперта.

Сведения об особенностях психического состояния и поведения в период исследуемой юридической ситуации собираются при освидетельствовании:

- обвиняемых — в процессе изучения и анализа показаний подэкспертного, их динамики в период предварительного и судебного следствия, изучения и анализа объективных данных (заключения судебно-медицинской, судебно-биологической экспертиз и т.д.), а также при изучении показаний свидетелей криминальной ситуации;
- потерпевших — изучении показаний потерпевшего, обвиняемого и свидетелей криминальной ситуации;
- истцов и ответчиков — изучении и анализе их исковых заявлений, ходатайств, показаний, которые даны в судебном заседании.

Материалы о сексуальных расстройствах, особенностях их проявления, динамике развития, терапевтический анамнез получают при изучении и анализе медицинской документации. С целью получения более полных объективных сведений о подэкспертном возможен и расспрос лиц его ближайшего окружения — родственников, сослуживцев (с соблюдением требований УПК РСФСР). Следует при этом помнить, что основную ценность представляют не мнение или субъективное толкование окружающих, а объективные факты. Поэтому нужно стремиться к тому, чтобы характеристика сексуальной сферы подэкспертного близкими подтверждалась соответствующими примерами.

Совершение противоправного сексуального деяния всегда должно настораживать в отношении возможных расстройств сексуального влечения и определять особую тактику следственных действий, в том числе связанных с подготовкой к проведению экспертизы материалов уголовного дела, которые по возможности должны содержать как можно больше сведений об особенностях полового развития и сексуальной жизни подэкспертного.

В делах о сексуальных правонарушениях с особой остротой встает вопрос о достаточности и полноте предоставляемой информации, поскольку диагностические выводы в основном строятся на исследовании наиболее интимной стороны жизни. Требования к материалам дела, направляемым на сексологическую экспертизу, исходят из онтогенетического принципа сексологического обследования, восстанавливающего, по возможности с максимальными подробностями, особенности индивидуального развития. Помимо обязательного анализа медицинской документации, особую ценность представляют описания более ранних этапов жизни, которые могут содержаться в показаниях родителей и других близких подэкспертного. Несомненную информативность представляют показания жен и других сексуальных партнеров, чьи описания могут существенно отличаться в силу реализации подэкспертным разных сексуальных ролей, стратегий сексуального поведения, выбора различного диапазона сексуальной приемлемости.

Особого внимания заслуживают данные о прошлых привлечениях к уголовной ответственности, поскольку приговоры по иным делам нередко содержат важные сведения об аномальном поведении, что может использоваться для установления возможной преемственности между разными эпизодами и оценки клинической динамики патологии влечений.

5.2.2. Анализ материалов дела

З. Старович (1991), описывая анализ материалов дела, указывает, что существуют два подхода опытных экспертов. Одни рекомендуют тщательное и подробное, «страница за страницей», изучение всех материалов дела; другие, наоборот, считают, что первоначально надо лишь бегло просмот-

реть дело для ознакомления с ним по существу, а тщательный анализ следует проводить после обследования подэкспертного. По мнению автора, последняя методика позволяет эксперту не попасть под влияние версии, изложенной следователем.

По нашему мнению, обе методики имеют право на существование, и та, которой придерживается эксперт-сексолог, по сравнению с версией следователя, больше определяется его личностью. Опыт работы с уголовными делами говорит о том, что опасения попасть под влияние версии следователя в российских условиях представляются преувеличенными. Они могут быть обоснованными в тех случаях, когда имелось нарушение сознания и испытуемый действительно не в состоянии воспроизвести свои переживания и фрагменты поведения по памяти. При этом язык протокола допроса настолько отличается от разговорного, обыденного, что очень легко по «казенным» оборотам определить фрагменты текста, принадлежащие в большей мере следователю, чем испытуемому.

Более существенной, на наш взгляд, проблемой является ***алекситимия*** — неспособность подэкспертного вербализовать свои переживания за период до, во время и после совершения деяния. Как правило, на это указывает внезапное «оскудение» словарного запаса, особенно при описании субъективных переживаний с сохранением изложения фактической последовательности действий.

Известны и вербальные признаки измененного состояния сознания [Спивак Д.Л., 1989], которые представляют собой проявления регрессии языка на разных уровнях. На уровне фразеологизмов происходит собирание парных функций в единственное число (муж, жена — семья), на уровне семантики отмечается сближение коммуникативной и экспрессивной функций речи (эмоции хорошо опознаются без понимания содержания слов), наблюдается усиление звукоподражания, в речи преобладают междометия, команды, неглагольный предикатив, не связанный со временем («весело», «страшно» и т.п.), на уровне фонологии — усиление ударения и интонации, переход на диалект.

Клиническую ценность представляет сравнение первичных и повторных показаний испытуемого. Даже манера изложения событий при первых показаниях может содержать немало информации. Так, возможно описание содеянного от третьего лица как «тяжелого», кошмарного сна, фильма ужасов; восприятие самим же испытуемым всего случившегося как абсолютно чуждого его личности. Часто имеются указания на ощущение «неестественности» происходящего, используются выражения типа «мог чувствовать и видеть, что происходит, но собой управлять не мог», «казалось, что не я делаю эти движения». Не исключены высказывание «доверия» и апелляция к показаниям потерпевших, которые могли бы дать более достоверные показания.

Анализ позволяет предположить и характер амнезии на момент совершения преступления. Нарастание подробностей в рассказе о поведении и переживаниях во время правонарушения говорит в пользу гипотезы об амнезии, связанной с нарушением сознания. Оскудение же не поддается однозначному истолкованию, так как может иметь различные механизмы. В некоторых случаях удается проследить действие механизмов «вытеснения», когда амнезируются только «порочащие» его (по мнению испытуемого) подробности. Так, осматривая подростка, совершившего изнасилование и убийство матери, эксперт констатировал сохранность в памяти эпизода убийства и сопровождавшего его аффекта наряду с полной утратой переживаний, касающихся факта изнасилования, вплоть до его отрицания. Следу-

ет обращать внимание и на то, что иногда пробелы памяти на период совершения деяния испытуемый может замещать действительно версией следователя или показаниями свидетелей — в этих случаях, как уже говорилось, естественный язык подэкспертного меняется.

В связи с возможным изменением позиции испытуемого в ходе следствия необходимо обращать внимание на его мотивировку своих действий в показаниях на стадии предварительного расследования. Первоначальные признания в сексуальной подоплеке поступков, содержащиеся в показаниях объяснения своих действий как направленных «на удовольствие», описание состояний возбуждения с сексуальной и/или психологической разрядкой, достигаемой своеобразным способом, — все это испытуемый может отрицать в период непосредственного обследования. Подобное защитное поведение, с одной стороны, препятствует диагностике парафилий, которая подразумевает в первую очередь анализ субъективной стороны, идеаторной активности, с другой — не позволяет установить действительные механизмы девиантного поведения, которое может быть обусловлено реально существующими расстройствами.

Весьма важной проблемой является также анализ почерка испытуемого, который иногда отражает состояние его сознания на момент написания какого-либо документа (заявления, явки с повинной и т.д.). В некоторых случаях даже без специальной почерковедческой экспертизы видно различие первого по хронологии документа с последующими в написании слов, манере изложения, используемом словарном запасе. Подобные проявления, очевидно, должны настораживать эксперта также в отношении диагноза острого психотического состояния или множественной личности.

Особое значение приобретают материалы уголовного дела, характеризующие поведение и психическое состояние в период правонарушения. Это в первую очередь показания потерпевших, свидетелей, описывающие внешний вид испытуемого, — выражение его глаз (состояние зрачков, их неестественный блеск; цвет; взгляд, как у наркомана, «застывший, мутный»), изменение невербального (чередование приступов двигательного возбуждения с периодами растерянности, смена аффекта, например страха на злобу, ярость, указания на степень целенаправленности действий) и вербального (сохранность речевого контакта — отдельные фразы, выкрики, «странные» просьбы и т.д.) поведения, что позволяет оценить характер ориентировки в месте, времени, сохранность осмысления создавшейся ситуации в целом. Иногда для этого приходится запрашивать дополнительные материалы, в частности показания задержавших испытуемого работников милиции.

Испытуемый П., 22 лет. С раннего возраста привлекали «военные» игрушки — оружие, особенно автоматы. В школе собирал ножи разного вида, нравилось рассматривать, как они блестят, «это успокаивало». До службы в армии имел эпизодические половые контакты. После демобилизации были длительные отношения с двумя девушками: с первой в течение года, хотел жениться, но порвал с ней после того, как узнал, что она беременна от другого; со второй — в течение 10 мес, а затем она «уехала за деньгами». После этого появилась «какая-то ненависть» к женщинам, понял, что с ними нужно «быть осторожным». После службы в армии при засыпании отмечались фантазии, «как кино», всегда был в роли участника, в них ножом резал мужчин и женщин, как правило, не кого-то конкретного, причем никогда не включал в эти фантазии конкретных лиц, даже после конфликтов или обид. Со временем потерял контроль над фантазиями, которые приходили и уходили сами; после них обычно успокаивался и засыпал, даже если сначала долго не мог заснуть. Последний год отмечает преобладание молодых девушек среди персонажей — «жертв».

5 – 3935

В состоянии алкогольного опьянения совершил убийство ранее незнакомой гр-ки М. Утверждал, будто не помнит, что совершил убийство. Свидетели показали, что у него после четвертой рюмки водки появились странности в поведении: он не находил себе места, двигался по комнате, однако слова и выражения «производили впечатление осмысленности». Когда свидетель К. обнаружил труп, то спросил испытуемого: «Кто это сделал?», на что тот спокойным ровным голосом ответил: «Ей уже ничем не поможешь». На вопрос К., за что он ее убил, ответил «с какой-то твердостью» в голосе, что он «таких ненавидит». Он был спокоен, но «немного не такой, как обычно, глаза какие-то странные. Их выражение какое-то отрешенное».

Из поступивших по запросу эксперта показаний сотрудника милиции, приехавшего на место происшествия, следовало, что он увидел, как испытуемый стоит полностью обнаженный и держит в руках нож. Он стоял, ничего не говорил и не делал, был «заторможенным», только после неоднократных требований разжал пальцы, и нож выпал. СПЭК диагностировано сумеречное расстройство сознания.

Существенное значение имеют заключения СМЭ, содержащие описание телесных повреждений, которые порой только и могут воссоздать реальное поведение испытуемых в момент правонарушения. При экспертизе по делам об убийствах обязательно включение в акт тех данных СМЭ и осмотра места происшествия, которые свидетельствуют об эротической значимости поступка, — положение тела, степень его обнажения, локализация и характер повреждений, наличие спермы во влагалище и других отверстиях тела и т.п. Множественность и однообразие ранений (по глубине, месторасположению) должны также настораживать эксперта на предмет расстройства сознания. Иногда по расположению ран удается сделать вывод, был ли нападавший левшой или амбидекстром, что важно для анализа и объяснения атипичной клинической картины. Для лиц с парафилиями часто характерны также так называемые символические сексуальные действия: введение инородных тел — палок, арматуры, бутылок или пальцев во влагалище жертвы, отрезание грудей, нанесение ножевых ран, как бы имитирующее половой акт — в нижнюю часть живота, промежность, область половых органов. В некоторых случаях реальное удушение заменяется символическим: один испытуемый завязал колготки на шее трупа, другой обвязывал шею веревкой и привязывал к находящемуся рядом столбику или дереву. Нередко встречается и вытаскивание внутренних органов через рану промежности или влагалища. Важно также учитывать прижизненность повреждений — манипуляции с трупом могут отражать факт непонимания смерти жертвы или некрофильные установки.

Для эксперта желательна возможность достаточно полной реконструкции поведения испытуемого в период совершения преступления: подход к жертве садистами чаще осуществляется со спины для того, чтобы не видеть лица, иногда это делает невозможным нападение. В случае повторных правонарушений появляется возможность оценки степени стереотипности девиантного поведения, о чем могут свидетельствовать однотипность форм нападения, избираемых объектов, времени, приверженность к определенному месту.

К сожалению, надо признать, что изучение характеристик с места работы и проживания редко дает ценную информацию для эксперта. Не следует переоценивать и показания родителей: как правило, они также формальны или содержат неадекватную оценку развития испытуемого. Относительно бо́льшую ценность могут иметь показания половых партнеров, которые часто содержат сведения об истинной частоте сексуальной активности (из показаний жены: «... он замучил меня половыми актами — требовал их не реже 1 раза в месяц»), о предпочтении анальных или оральных контактов

или каких-либо поз, исключающих восприятие лица, или, к примеру, о попытках задушить при оргазме, что также может свидетельствовать об измененном состоянии сознания.

Эксперт не должен пренебрегать и изучением прилагаемых к делу материалов творчества испытуемого, особенно достаточно часто встречающимися фотографиями или видеоматериалами, на которых может быть запечатлено и его аномальное сексуальное поведение. В одном случае знакомство с «порнографическим» творчеством испытуемого позволило обратить внимание на эмоциональную выхолощенность эротических образов, что послужило дополнительным аргументом для диагностического предположения об эндогенном процессе. Другой испытуемый снял на видеопленку свои сексуальные игры с куклами, и во время просмотра можно было видеть «зачарованное», отрешенное выражение его лица, однообразные, ритуализированные манипуляции, что свидетельствовало об измененном состоянии сознания.

5.3. Сексологический анамнез

З. Старович (1991) обоснованно подчеркивает разницу между сбором сексологического анамнеза в общей лечебной практике и при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Во многих случаях испытуемый не только не заинтересован в сообщении правильных сведений, но имеет установку (по разным причинам, которые будут рассмотрены ниже) скрыть от эксперта объективную информацию о своем сексуальном развитии. Особенно это наблюдается у лиц с аномалиями сексуального влечения. Работая с подобными испытуемыми, чаще приходится наблюдать диссимуляцию, т.е. «симуляцию» психического (а точнее сексуального) здоровья, нежели симуляцию болезни. И наоборот, как выражаются психиатры, «обнаженность» в описании своих сексуальных переживаний или действий должна настораживать в плане общего состояния критичности.

Одной из типичных проблем сбора сексологического анамнеза З. Старович считает проблему разнополости эксперта и испытуемого. Действительно, во многих случаях обсуждение интимных вопросов с экспертом женского пола может быть затруднено стереотипным пониманием половой роли, низкой культурой. Однако происхождение генерализованной агрессии по отношению к женщинам, о которой упоминает З. Старович, по нашему мнению, может быть связано не только с вышеупомянутыми факторами, но и с расстройствами половой идентичности. Последние могут усложнять проблему коммуникации вплоть до обратного вышеописанному варианта, когда предпочтение общения с женщинами приводит к тому, что психологический контакт лучше устанавливается с экспертом женского пола. Довольно часто сексологу-мужчине и эксперту-женщине излагаются достаточно различающиеся версии как биографии в целом, так и сексуальной жизни; истина же может находиться где-то посередине. Существенно влияет на содержание информации и описываемая психологами у лиц с расстройствами половой идентичности демонстрация ими женщинам — женских, а мужчинам — мужских или женских качеств. Таким образом, проблема контакта эксперта с испытуемым как представителем своего пола достаточно сложна.

Имеет значение и последовательность сбора анамнеза. На наш взгляд, в большинстве случаев пригодна обычная схема, соответствующая онтогенезу. Однако характеристики, даваемые испытуемым своим родителям, иног-

да целесообразно уточнять до начала сбора анамнеза для того, чтобы уже в конце при необходимости вновь вернуться к этому. Нередко приходится спрашивать испытуемого об одном и том же факте прямо и косвенно, лучше это делать через 10—15 мин, когда подробности ответа забыты.

Наследственность. Кроме обычных вопросов о психопатологической отягощенности, эксперт-сексолог должен поинтересоваться случаями аномального сексуального поведения и других сексуальных расстройств среди родственников испытуемого.

Беременность и роды у матери. Исходя из понимания роли раннего органического поражения ЦНС в генезе парафилий, необходимо выяснение вредностей пре- и постнатального периода (соматические заболевания в период беременности, токсикозы). Важен не столько характер воздействия — токсикоз первой половины беременности, инфекции или стресс у матери, сколько время воздействия — до 11-й недели, в период формирования основных закладок ЦНС и половой дифференцировки мозга.

Хроническая стрессовая ситуация у матери во время беременности известна также как один из факторов, который может повлиять на половую дифференцировку мозга [Dorner G., 1978].

Существует точка зрения, что различные виды родовой патологии могут по-разному влиять на дальнейшее психическое развитие индивида [Грэхем Д., 1994]. Последствием наложения щипцов бывают пассивность и подчиненное положение при недовольстве этой ролью, при запоздалых родах в анамнезе выявляется нетерпеливость, многоплодная беременность у матери из-за недостаточного пространства и стремления первым появиться на свет приводит к конфликтности, ягодичное предлежание вследствие пережима пуповины вызывает гипоксию плода и как следствие во взрослом состоянии — ожидание агрессии от окружающих. Родившийся путем кесарева сечения ребенок отличается раздражительностью, так как имелось искусственное прерывание покоя; у него часто возникают проблемы идентификации собственного «Я», так как он не испытал сжатия матки, у него нет навыков борьбы и ответственности за поведение.

Родительская семья. Пристальное внимание эксперт должен уделять описанию и характеристикам, даваемым испытуемым его родителям. Роль фактического или «психического» отсутствия отца в семье давно описана психоаналитиками. Одним из своеобразных показателей степени «психического» отсутствия отца является его характеристика — бедная, формальная по сравнению с характеристикой матери. У лиц с расстройством половой идентичности наиболее часто встречаются следующие варианты характеристик, даваемых родителям: 1) отца — формальная, бедная, в целом положительная; матери — психологически более богатая, положительная; 2) отца — формальная, отрицательная; матери — формальная, положительная; 3) обоих родителей — формальная, отрицательная. Основное значение этих характеристик заключается в том, что они позволяют предположить объект идентификации испытуемого. Конечно, категорические суждения по этому поводу неуместны, в большинстве случаев заимствуются черты у обоих родителей. Однако, по-видимому, для лиц с расстройством половой идентичности характерно упрощение этих процессов, возможно, за счет сужения возможности выбора. Обращает на себя внимание когнитивное непонимание мужской психологии, что проявляется прежде всего в неумении описания и психологической дифференцировки мужских личностей. Явное отрицательное отношение к отцу, его агрессивное поведение, физическое насилие в семье, пьянство блокируют идентификацию с ним. Однако, как показывают клинические наблюдения, даже осуждаемое поведение отца

при явно отрицательном отношении к нему может копироваться в подростковом возрасте или позже. Видимо, имеет значение не только знак эмоционального отношения к данному поведению, но и интенсивность эмоциональной реакции на это поведение.

Для лиц с расстройствами половой идентичности характерна прежде всего эмоциональная идентификация с матерью. У ряда испытуемых можно отмечать симбиотические отношения, когда мать ярко демонстрирует мужские черты — властность, доминирование. Например, испытуемый С., совершивший несколько убийств женщин, выбрал себе жену даже внешне похожую на мать, хотя амбивалентное отношение к той у него появилось уже в детстве.

Иногда необходимо спросить испытуемого, на кого он больше похож — на отца или мать; в некоторых случаях утверждение о внешнем сходстве содержит смысл неосознаваемого перенесения негативных или амбивалентных чувств на себя.

По мере возможности эксперту следует составить себе представление о характере взаимоотношений между родителями, вернее, о том, как они тогда оценивались испытуемым. Переоценка этого отношения с возрастом — хороший показатель психического развития и сохранности уровня критичности обследуемого, и наоборот, отсутствие таковой может свидетельствовать о психической ригидности и инфантилизме.

Кроме описанной в литературе инверсии пола воспитания ребенка, крайне патогенными представляются последствия высказываний родителей в его присутствии, что они хотели ребенка другого пола. По-видимому, это создает у ребенка чувство вины за свой пол и порождает сначала не вполне осознаваемое стремление к играм и роли другого пола.

Раннее развитие и болезни этого периода. Этологи считают, что искусственное кормление также может неблагоприятно влиять на последующее психическое развитие, так как во время кормления мать проводит тактильную стимуляцию кожи младенца, что является положительным сенсорным подкреплением формирующейся эмоциональности ребенка и поведенческим паттерном перехода от эмоциональности «внутренней», протопатической, к «внешней», эпикритической. Дети-«искусственники» по сравнению с сибсами, получавшими грудное вскармливание, отстают в развитии и эмоционально более холодны [Самохвалов В.П., 1993].

При наличии в анамнезе данных о черепно-мозговых травмах, острых психотравмирующих ситуациях, тяжелых соматических заболеваниях важно попытаться выяснить степень их последствий для психической и сексуальной сфер. Решающим является период воздействия вредности, который определит, каким образом будет искажено дальнейшее развитие, а также сохранность компенсаторных механизмов. Анализ своеобразия сочетания психопатологических симптомов с проявлениями нарушений психосексуального развития позволяет эксперту при наличии достаточно полной информации сформулировать гипотезу о том, на каком этапе онтогенеза произошло воздействие вредности. Сравнение полученных данных с известным из анамнеза возрастом травмы или заболевания позволяет не только проверить правильность умозаключения эксперта. Их расхождение не обязательно говорит о неправильности диагностической гипотезы, но может свидетельствовать о том, что уже на момент воздействия вредности имелась определенная задержка или, что бывает гораздо реже, преждевременность развития. Это заставляет по-новому оценить роль раннего постнатального или внутриутробного факторов. Подобный онтогенетический анализ должен быть ведущим в экспертной сексологической работе.

Необходим глубокий анализ хронических заболеваний. Если при острых расстройствах здоровья на первом плане по значимости для психосексуального развития выступает стресс, то при длительно воздействующих вредностях возрастает значение фактора депривации. Разумеется, все вышеизложенные соображения по онтогенетическому анализу сохраняют силу. Лишение или ограничение контактов с родителями или сверстниками будет иметь разное значение в зависимости от этапа развития, на котором они имелись. Огромное значение имеют заболевания, которые приводят к внешне заметным (косметическим) изменениям или ограничивают физическое развитие, причем иногда своеобразная психологическая обработка их может быть непонятной эксперту. Так, испытуемый Л., перенеся в 11 лет резекцию доли легкого, был убежден, что о его дефекте догадываются окружающие, хотя по его поведению и внешнему виду сделать такое умозаключение было невозможно. Однако сформировавшееся у него в препубертатном возрасте ощущение неполноценности наложило отпечаток на все его дальнейшее психосексуальное развитие.

К сожалению, установить задержку или дисгармоничность физического или психического развития в раннем возрасте (в период становления половой идентичности) эксперт имеет возможность только при наличии соответствующей медицинской документации, да и то не всегда. В большинстве случаев основанием для диагностических гипотез являются лишь показания испытуемого — то, что он знает со слов родителей и родственников.

Контакт со сверстниками. Важным предиктором искажения психосексуального развития является предпочтение в играх и контактах не сверстников, а более старших лиц. С одной стороны, это связано с особенностями аутистического развития [Каган В.Е., 1981; Лебединский В.В. и др., 1990], когда ребенок тянется к взрослым, видя в них возможность максимального удовлетворения своих потребностей, с другой — такая коммуникация для него субъективно легче, чем контакт со сверстниками, в силу того, что бо́льшая нагрузка при общении ложится на взрослого.

Психопатологические феномены раннего возраста. Представляет интерес установление возраста, с которого подэкспертный хранит хотя бы отрывочные воспоминания. В клинической практике встречаются наблюдения, когда информация, полученная от других, не отличается от собственных воспоминаний — при установлении этого факта нужно думать о формировании предиспозиции для диссоциативности. При шизофрении отмечаются случаи, когда испытуемый неправдоподобно рано датирует возраст первых воспоминаний. Так, испытуемый А. уверял, что помнит сцену обхода главврача в роддоме. По-видимому, это явление сходно с конфабуляциями и связано с парафренным этапом развития процесса.

Особое значение для диагностики парафилий имеет выявление нарушений формирования самосознания в этот период. Кроме вышеупомянутого неразличения реально происходивших событий и рассказов других, а также неоднократно описанного неразличения фантазий и реальной жизни, следует упомянуть о задержке становления понятия «Я», выражающегося в том, что ребенок длительное время говорит о себе в третьем лице. Интересно, что в некоторых случаях подобное парциальное недоразвитие «Я» сохраняется и в зрелом возрасте. Например, у испытуемого Г. в дневниках, описывающих его аномальное сексуальное поведение, встречались фрагменты, в которых он называл себя в третьем лице.

Из клинических феноменов этого периода следует также обращать внимание на различные невропатические проявления: страхи, заикание, ночной энурез. Длительно сохраняющееся ночное недержание мочи чаще

всего свидетельствует об отставании в развитии коры головного мозга, если, конечно, нет признаков патологии спинного, такой как, например, spina bifida. Присоединение к длительному стойкому энурезу впоследствии преждевременной эякуляции должно настораживать эксперта в плане синдрома парацентральной дольки.

Существенное значение имеет выявление в раннем детстве аутистических проявлений. Практика показывает достаточную трудность их диагностики на основании материалов дела. К проявлениям такого рода относятся предпочтение игр в одиночестве, монотонность, стереотипность, ритуализированность и символизм игр. В некоторых случаях наблюдается своеобразное опережение развития речи: при богатой лексике со способностью к сложным построениям фраз отмечаются эмоциональная скудость или однообразные реакции раздражения с явным предпочтением ритмических стимулов. У испытуемого Д. (гомосексуальная педофилия), например, с раннего возраста отмечалась способность говорить стихами наряду с замкнутостью и предпочтением контактов со взрослыми.

Сексуальные злоупотребления в детстве. Значимость сексуального насилия для ребенка определяется в значительной мере фиксацией на активности с последующим искажением психосексуального развития. Как уже упоминалось [Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., 1997], при гомосексуальном насилии в детстве часто фиксируется и возраст субъекта в виде возраста предпочитаемого в будущем педофильного объекта.

Степень эмоциональной вовлеченности ребенка в сексуальных эпизодах, как уже говорилось, на основании рассказа испытуемого оценить крайне трудно, так как степень вытеснения этих переживаний достаточно часто бывает весьма высокой.

Роль репрессии сексуального поведения со стороны родителей в генезе сексуальных девиаций представляется преувеличенной. Единичные случаи наказаний за сексуальные игры или мастурбацию в раннем детстве встречаются в экспертной практике, однако представляется, что они служат объяснением генеза аномального сексуального поведения больше для самого испытуемого, эксперт-сексолог же должен критически подходить к этому.

Сексуальные игры и манипуляции. Следует подчеркнуть, что наличие какой-то сексуальной активности в возрасте до 7 лет или эмоционально окрашенных (или просто запомнившихся — аффект мог быть вытеснен) сцен сексуального содержания должно настораживать эксперта-сексолога в плане оценки дальнейшего психо- и соматосексуального развития. В соматическом плане наличие сексуального интереса в этом возрасте немыслимо без соответствующих изменений мозговых структур, что должно проявиться позже в виде опережения соматосексуального развития. Трудно переоценить значение этого периода и для последующего психосексуального развития.

Вариативность подобных действий значительна — от имитации полового акта и мастурбации до разглядывания и ощупывания половых органов у детей противоположного пола. Последнее само по себе является безусловно нормативным, однако эмоциональная эротическая окраска со стремлением к многократному повторению этих действий должны настораживать в пользу предположения о преждевременном психосексуальном развитии, точно так же выпадение этого паттерна поведения — в пользу гипотезы о задержке. Гомосексуальная направленность подобных действий в большинстве случаев также указывает эксперту на пол предпочитаемого будущего сексуального объекта. Наименее угрожаемыми выглядят имитационные сексуальные игры без эротической окраски переживаний.

Ролевые игры. Следует учитывать как предпочтение детей другого пола в качестве партнеров по играм, так и отсутствие предпочтения по полу. Даже если испытуемый утверждает, что общение с девочками в играх сложилось по не зависящим от него обстоятельствам, сам факт достаточно длительного такого общения с исключением или ограничением общения с мальчиками-сверстниками должен быть учтен. Многие подэкспертные с расстройствами половой идентичности играли в куклы и наряду с этим — в машинки, конструкторы, кубики. В ролевых играх («дочки-матери» и др.) изображали мам или бабушек, иногда в этих играх прослеживались тенденции к пассивному полюсу. Например, один из больных в играх в «больницу» всегда изображал больного, которого раздевали, осматривали, лечили.

Второй фактор — характер игр: предметно-инструментальный или эмоционально-экспрессивный. Игры в «больницу», «доктора», «папу-маму» желательно анализировать в подробностях. Испытуемый Г., например, изображал «вечно пьяного папу» и при этом «поколачивал» девочку, а испытуемый К. не любил такие игры именно потому, что ему автоматически «присваивалась» роль папы, а он хотел изображать маму. Таким образом, даже мотивы избегания или, наоборот, увлечения одной и той же игрой могут быть кардинально различны.

При аутистических играх и в фантазиях с возрастом пассивная роль могла меняться на активную: испытуемый Г. представлял себя сначала мальчиком, которого наказывает «злая старшая сестра», затем мальчиком, который сам наказывал других. В подобных сценах наказаний со сменой ролей, очевидно, и проявляется смешанный характер игр: сочетание интенсивных переживаний на уровне кинестетики и манипуляции со своим телом и телом другого.

Важно также выявление моментов отождествления с театральными или литературными персонажами противоположного пола, характерными для нарушения формирования маскулинной идентичности, примерами чего могут служить случаи, когда один из испытуемых с удовольствием изображал в школьных спектаклях «барыню», другой в воображении представлял себя Красной Шапочкой.

Взаимоотношения с окружающими. Период агрессивного отношения к девочкам в возрасте 8—11 лет считается характерным для нормативного становления маскулинной идентичности. Остается вопросом, насколько этот период может амнезироваться, как и период любопытства к половым органам девочек.

В период пубертата контакты со сверстниками приобретают решающее значение, всякая изоляция чревата искажением дальнейшего развития. Избегание подвижных игр соревновательного характера (футбол, хоккей и т.п.), неумение наладить контакты в группе, хотя бы в зависимой роли, тяготение к общению с девочками с ощущением большего психологического комфорта прямо указывают на искажение становления нормативной идентичности. Подобные проблемы в большинстве случаев пациентами с сексуальной сферой не связываются, а иногда в качестве объяснения выдвигается отвращение к грубо маскулинным стандартам поведения, характерным для подростков — курению, циничным разговорам, особенно о девочках.

Стремление общаться с детьми, младшими по возрасту, интерес к играм с ними, стремление с пубертатного возраста к профессии учителя (особенно младших классов) также должно обращать на себя внимание эксперта. Часто это свидетельствует о задержке психического развития, однако явное и стойкое предпочтение этих интересов контактам со сверстникам является аргументом в пользу гипотезы о формировании педофильного влечения.

В большинстве случаев при педофилии осознание сексуального подтекста подобных устремлений приходит вследствие вышеупомянутой задержки позже 16—18 лет.

Принципиально важным для диагностики расстройств половой идентичности представляется установление предпочтения общения с женщинами. Некоторые испытуемые четко различали свое стремление к общению с женщинами вне сексуальной сферы и стремление к половым контактам с ними; в подавляющем большинстве случаев эти объекты не совпадали. Другим вариантом являются утверждения подэкспертных, что с женщинами им общаться легче, чем с мужчинами; часто они имеют «подруг» (реже ровесниц, чаще женщин старше по возрасту). Иногда этот феномен имеет форму давнишней привязанности к одному человеку — воспитательнице детского сада, учительнице, с которой на протяжении многих лет поддерживаются доверительные отношения.

Успеваемость и проведение досуга, увлечения. Предпочтение тех или иных предметов в школе представляет интерес в аспекте понимания становления межполушарных взаимоотношений. Испытуемый Д. с трудом усваивал материал по математике, физике, химии, а русский язык и литература давались отлично: хорошо писал сочинения, импровизировал стихи, мог разговаривать стихами. Считают, что это предпочтение гуманитарных предметов (исключая русский язык и литературу) и большие успехи в них обычно связаны с лучшим функционированием правого полушария и образным мышлением (первая сигнальная система).

Пассивность, послушность, дисциплинированность с хорошими контактами с учителями наряду с неумением общаться с ровесниками также должны направить мысль эксперта в сторону предположения о расстройстве половой идентичности. У таких мальчиков также отмечается увлечение традиционно женскими занятиями — собиранием фотографий кинозвезд, шитьем и т.п., у девочек — увлечение точными науками, подвижными спортивными играми.

Увлечение приготовлением пищи является достаточно распространенным среди современных подростков и, очевидно, в большей степени должно рассматриваться как культуральный сдвиг.

Даже принимая во внимание культуральные влияния, веяния моды, упорное предпочтение длинных волос или, наоборот, утрированно короткой стрижки, стремление ярко, необычно одеться или, напротив, крайняя внешняя запущенность и неряшливость, особенно если они сохраняются длительное время и по выходе из пубертата, — все это должно привлекать внимание врача. В отличие от естественных для этого этапа развития вариаций здесь речь идет не о подражании какому-то конкретному лицу или группе. Иногда это абсолютно неосознаваемые предпочтения, иногда отчетливо декларируется борьба с внешней женственностью, миловидностью.

Эпизоды переодевания в женскую одежду в этом возрасте также прогностически неблагоприятны. У всех без исключения лиц с трансвестизмом четко фиксируется в памяти момент первого переодевания с множеством подробностей и четко осознаваемым чувством удовлетворения, которое позже может приобрести сексуальную окраску.

Сексолог должен также уметь дифференцировать нормативные варианты гиперролевого поведения в пубертате с элементами гипермаскулинного поведения, обусловленного гиперкомпенсацией трансформации и отражающего, как правило, поверхностное усвоение половой роли и потому чаще имитирующего только внешние признаки: у мужчин — увлечение силовыми видами спорта, стремление к еще большей маскулинизации фигуры,

раннее курение, у женщин — употребление алкоголя, курение, наркотики, грубость, жестокость (мужская роль). Гетеросексуальный промискуитет у обоих полов при этом служит в основном подтверждением навязанной обществом половой роли, однако личностные предпочтения, как по объекту, так и по активности, могут не совпадать с этой ролью и проявляться в других видах сексуального или несексуального поведения.

Профессия и место работы. В литературе часто указывается на своеобразие выбора профессии у гомосексуальных лиц — актера, дизайнера, модельера и т.п. Общим элементом для всех этих профессий является фиксация (в психологическом смысле) на внешнем облике человека, что может расцениваться как признак особой выраженности физического «Я» в самосознании.

Рассмотрение профессий, в данной культуре относящихся к женским (повар, педагог, парикмахер и др.), имеет определенное значение для диагностики расстройств половой идентичности.

Другой типичный пример — стремление лица с педофилией к работе с детьми, а некрофила — к работе с трупами. Встречаются также факты, когда лица с парафилиями, в частности с садизмом, специально устраиваются на работу, связанную с командировками в разные места. Даже психически больные могут проявлять в этом смысле высокую сообразительность. Так, один испытуемый, работая в ИТК, использовал ночные дежурства для совершения убийств, что затрудняло раскрытие преступлений. Сверхценное отношение к животным, о котором речь пойдет ниже, также может обусловливать специфический выбор места работы. Так, серийный сексуальный убийца Г. («Фишер») работал на конном заводе. В практике работы одного из авторов часто встречались случаи увлечения конным спортом у женщин с маскулинными чертами характера.

Однако речь идет не только о выборе определенных профессий, что, кстати, в обследуемой популяции встречается нечасто, возможно, вследствие внешней «гиперсоциальности» испытуемых. Большее значение имеют внутренние, во многих случаях не реализованные, предпочтения, особенно в пубертате.

Психопатологические феномены. Для лиц с парафилиями вообще характерна склонность к сверхценным образованиям, содержание которых определяется этапом онтогенетического развития, на котором находится испытуемый, и в этом плане сверхценность сексуальной сферы можно рассматривать как реликт пубертата. Разновидностью сверхценности является также негативное восприятие собственного телесного облика. Для пубертата естественно подчеркнутое внимание к своей внешности, однако одинаково должны настораживать как ее переоценка с самолюбованием, так и стойкое убеждение в своем уродстве. Содержание подобного рода переживаний может быть различным: у мужчин — неудовлетворенность маленькими размерами полового члена, ростом, телосложением, внешностью в целом, у женщин — негативное отношение к росту груди, появлению месячных.

Именно эмоциональная насыщенность таких переживаний, а не обязательная фиксация на половых органах характерна для лиц с расстройством половой идентичности. В отличие от дисморфоманических и дисморфофобических расстройств эти симптомы нестойки, чаще по времени не выходят за рамки пубертата, никак не высказываются испытуемым в тот период и могут вообще прямо не отражаться в его поведении, не подвергаются дальнейшим трансформациям в бредовом плане. Главное же отличие определяется отношением содержания этих переживаний к полоролевым стандартам.

Разновидностью сверхценности, встречающейся у лиц с парафилиями, является коллекционирование. Часто встречается собирание оружия, ключей, документов или личных вещей жертв у серийных правонарушителей. Нередки коллекционирование фотографий предпочитаемых сексуальных объектов (особенно часто при гомосексуальной педофилии) или видеосъемка собственных сексуальных манипуляций с ними.

Внимание эксперта должно привлекать и отношение испытуемого к животным. Кроме достаточно известных мучений и истязаний кошек и собак, возможен обратный вариант — выраженная привязанность к животным с предпочтением общения с ними, а не с людьми. Другими словами, речь идет о сверхценном отношении к животным, которое, зародившись в раннем детстве, может сохраняться всю жизнь и приобретать сексуальную окраску — от явно зоофильных актов до многочасового наблюдения за размножением рыбок. Интересно, что нередко отмечается ненависть к кошкам (в психоанализе — символ женщины) и крайне редко — к собакам.

Следует упомянуть о модных в настоящее время увлечениях оккультизмом, сатанизмом и прочей мистикой. Если ранее, в советскую эпоху, такие факты достаточно сильно настораживали эксперта в плане шизофрении, то сейчас это в большей мере характеризует степень внушаемости испытуемого, уровень его критичности. Некоторые лица с расстройствами половой идентичности или аномальным сексуальным влечением при эгодистоническом отношении к нему по сути получают своеобразную психотерапевтическую помощь в различных сектах или занимаясь самостоятельно изучением трудов Кастанеды или дианетики. Интересны случаи «самоизлечения». У одного испытуемого садистические тенденции дезактуализировались после его увлечения нейролингвистическим программированием, у другого купировалось стремление к обнажению половых органов после того, как он посетил нудистский пляж. Однако у третьего увлечение нудизмом вытекало из педофильного инцестуозного влечения.

Эксперту также необходимо обращать внимание на наличие в анамнезе аутоагрессивных актов, а также своеобразие реакции на вид крови, причем на свою и чужую она может быть разной. У лиц с парафилиями вид крови может вызывать не только возбуждение, что считается не редкостью у садистов, но и слабость, тошноту, головокружение.

Вредные привычки. Сексуальное правонарушение совершается чаще всего в нетрезвом виде, однако для серийных сексуальных преступников это менее характерно. В последних случаях это правило или соблюдается для всех без исключения эпизодов, или ни для одного. Состояние алкогольного опьянения, безусловно, способствует реализации аномального сексуального влечения или изнасилования. Реже встречаются смешанные алкогольно-наркотические интоксикации и как казуистика — чисто наркотическое опьянение. Хронический алкоголизм или наркомания как хронические интоксикации в целом не способствуют реализации сексуального влечения, а если и встречаются у лиц с аномальным сексуальным поведением, то чаще как коморбидные расстройства с другими психическими заболеваниями. Однако аддикции разного содержания достаточно часто наблюдаются у лиц с сексуальными правонарушениями. Очевидно, это связано с расстройствами половой идентичности у таких лиц, однако среди серийных сексуальных преступников алкогольной и наркотической аддикций почти не бывает.

Особое внимание следует обратить на клиническую картину алкогольного опьянения у лиц с аномальным сексуальным поведением. В большинстве случаев уже по анализу материалов дела можно убедиться, что оно

протекает атипично: характерны указания на диффузную немотивированную агрессию, выраженное психомоторное возбуждение с деструктивными действиями, расстройствами восприятия, неузнаванием окружающих, слуховыми обманами. В некоторых случаях эпизоды немотивированной агрессии могут сменяться хаотическим возбуждением или состоянием растерянности, или прерываться цепью внешне четких, целенаправленных действий, иногда даже с сохранением речевого контакта с окружающими, прежде всего с жертвой, что внезапно вновь сменяется состоянием обычного опьянения с последующей амнезией периода именно внешне целенаправленного поведения. Представляется, что подобная картина не укладывается в рамки атипичного опьянения, в то же время она не соответствует и картине патологического. Испытуемый Е., описывая свои «странствия» в поисках жертв, констатировал признаки опьянения при выходе из дома, однако на протяжении «охоты», которая начиналась с момента, когда он видел женщину, и могла продолжаться несколько часов, он не чувствовал ни опьянения, ни голода, ни усталости — все эти ощущения возвращались к нему после завершения нападения. Такие проявления свидетельствуют о своеобразном измененном состоянии сознания.

Развитие либидо. Принятая схема разделения либидо на платоническую, эротическую и сексуальную стадии по сути отражает этапы формирования отношения к предпочитаемому сексуальному объекту. В сексологии принято считать онтогенетически нормативным соблюдение последовательности этих этапов, причем у мужчин чаще редуцируется второй, эротический этап, у женщин — третий, сексуальный [Васильченко Г.С. и др., 1983].

Платоническое либидо. Необходимо выяснить возраст первой влюбленности, содержание фантазий, нашла ли она отражение в поведении, длительность отношений и причину их разрыва. Главное на этом этапе — личностное отношение к объекту, которое проявляется прежде всего на эмоциональном уровне. Именно эмпатийность страдает прежде всего у лиц с аномальным сексуальным поведением. Целесообразно попытаться получить у испытуемого характеристику объекта первой влюбленности: в ряде случаев им выступают девочки, которые отличаются маскулинными особенностями поведения.

Отношение к противоположному полу у испытуемых с расстройствами половой идентичности колеблется от отчетливой мизогинии («все женщины шлюхи») до необъяснимой для самого пациента зависти («женщинам легче живется»), а один подэкспертный высказывал открытую зависть к женщинам, сутью которой было то, что они могут вступать в половые контакты с несколькими мужчинами в течение одного дня.

Нередко встречается амбивалентное, двойственное отношение («тревожит и привлекает»). Подобная двойственность иногда своеобразно соотносится с разными фазами развития либидо и соответственно с различными объектами: платоническая влюбленность в одну женщину («первая любовь») сочетается с негативным отношением к объектам сексуального либидо; отсутствие эротики («не понимаю, зачем люди целуются») — с промискуитетом; целомудренное отношение к объекту «первой любви» — с насильственными половыми актами со случайными жертвами. Однако и к одному объекту отношение может быть двойственным: наиболее часто сочетается сексуальное влечение с презрением за «доступность».

Эротическое либидо. В большинстве случаев выражено слабо. При задержке психосексуального развития может наблюдаться его гипертрофия: в сексуальных контактах для таких испытуемых ласки, доведение женщины

до оргазма становится самоцелью, собственный оргазм при этом не важен. Подобное «самоотречение», как бы трогательно оно ни выглядело, является слишком значительным отступлением от нормативной мужской сексуальности, чтобы оставаться без внимания врача-сексолога, и должно расцениваться как сдвиг к фемининному полюсу.

Сексуальное либидо. Для лиц с расстройствами половой идентичности характерно также негативное восприятие физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола. Часто встречается утрированно негативное отношение к мастурбации: так, один из испытуемых, будущий серийный убийца, привязывал на ночь свою (левую! — хотя левшой не был) руку, чтобы «не впасть в искушение».

Нередко наблюдается и отрицательное отношение к сексуальности («грязь»). Некоторые испытуемые с видимым удовольствием и даже гордостью рассказывали, как они сдерживали свое сексуальное влечение. Иногда это достигало степени курьеза: один из них в течение 5 лет не вступал в сексуальный контакт с собственной женой, хотя спал с ней в одной постели. Он отказывал ей в близости, мотивируя тем, что не знает, прочные и долгие ли отношения сложатся у них в дальнейшем («не хочу портить ей жизнь, лишив девственности»). В беседе с врачом некоторые доходят до абсурда, отрицая не только, например, мастурбацию, но и утренние эрекции, ночные поллюции.

Однако при парафилиях вопрос о развитии сексуального либидо вообще представляется не очень корректным, особенно при становлении аномального сексуального влечения уже в пубертате, так как сексуальное либидо в его обычном понимании (стремление к оргазму) подменяется стремлением к получению особого состояния, которое обозначается как «психологическое удовлетворение».

Отсутствие «психологического удовлетворения» при нормативных сексуальных контактах, несмотря на внешнюю их успешность — наличие эрекции, эякуляции и оргазма, — феномен, который претендует на роль патогномоничного при расстройствах половой идентичности. Термин «психологическое удовлетворение» не очень удачный, однако более точное словесное обозначение этого феномена представляется пока затруднительным. Пациенты описывают его по-разному: разочарование после первого полового контакта («ждал большего»), неудовлетворенность половой жизнью («чего-то не хватает»), субъективная ненасыщаемость («на какое-то время немного успокаиваюсь, но все равно хочется чего-то еще, чего — не знаю»). Тем более поражают «находки» этого ощущения, которые иногда переживаются как «озарения» («это мне и нужно»).

Эротические сны и фантазии. Отдельно должно быть проанализировано содержание эротических снов. Чрезвычайно характерным для лиц с расстройством половой идентичности и краевых транссексуалов является сюжет видения себя со стороны или в зеркале в одежде противоположного пола, а также сюжет половой метаморфозы — женщины превращаются в мужчин, в одном случае — в кошек (символ женщины), иногда отмечается невозможность определить пол приснившегося лица. Стремление физически походить на противоположный пол иногда обнаруживается только в повторяющихся снах, где испытуемый видит себя в зеркале в женской одежде или без нее «особенно красивым».

Необходим анализ содержания фантазий. Неподвижные, застывшие женские фигуры, особенно без лица, без включения реальных женских персонажей должны также не остаться без внимания. Для лиц с задержкой психосексуального развития характерно представление только эротических

ласк с женщинами, без половых актов. Появление в фантазиях обонятельных раздражителей наблюдается у лиц с органическим поражением ЦНС, а преобладание слуховых образов над зрительными — при шизофрении. Особенно должна настораживать сексолога позиция наблюдателя в фантазировании — при всей возможной многозначности этого факта возникновение его в пубертате чаще всего патологично.

Мастурбация. Фрустрационная и тем более ранняя допубертатная мастурбация должны рассматриваться как патологические, хотя механизм развития первой может быть не связан непосредственно с сексуальностью и отражать депривационные нарушения. Наличие оргазма при отсутствии эякуляции при ранней допубертатной мастурбации свидетельствует о снижении судорожного порога и более характерно для раннего органического поражения ЦНС. Обратный вариант — наличие эякуляции при отсутствии оргазма — в возрасте до 11—12 лет говорит о преждевременном соматосексуальном развитии. Тот же синдром в пубертате часто встречается при шизофрении, а в зрелом возрасте — при запущенном простатите (вернее, при ослаблении, побледнении оргазма).

Вычурные варианты мастурбации (катание члена в руках, фрикции между подушек, анальная и уретральная мастурбация с введением инородных тел) характерны для ранних поражений гипоталамуса с гиперлибидемией, однако в большинстве случаев они наблюдаются позже, в пубертате. Чрезвычайно неблагоприятным представляется возникновение в препубертатном возрасте сексуальных фантазий, независимо от содержания, поскольку либо они быстро приобретают черты патологических, либо отражают значительный гормональный сдвиг.

При анализе этого феномена в пубертате возраст начала имеет меньшее значение, чем другие факторы. Источник информации — как правило, сверстники, однако даже начало онанизма совместно с кем-либо из них не может расцениваться как проявление патологии, если в дальнейшем подросток занимается им в одиночестве. Предпочтение взаимной или совместной мастурбации солитарной отмечается при становлении гомосексуальной ориентации. Период фрустрационной псевдомастурбации в пубертате длительностью свыше месяца однозначно говорит о задержке соматосексуального развития. Сами по себе мастурбаторные эксцессы до 2—3 в сутки не имеют особого значения, если их период не затягивается более года. Отсутствие фантазий, «механистичность» мастурбации также не всегда патологичны и могут быть обусловлены низкой репрезентацией в сознании визуальных образов при преобладании слуховых, и наоборот, интенсивное фантазирование или мастурбация перед зеркалом с фотографированием себя в эти моменты говорят о чрезмерной аутоэротической фиксации на своем теле. Такие лица находят или добиваются позированием перед зеркалом сходства фигуры с женской, прибегают при мастурбации к переодеванию, обычно частичному (колготы, обувь) и нестойкому, в отличие от трансвестизма, когда оно становится единственным способом получения психологического и сексуального удовлетворения.

Возраст и обстоятельства первой эякуляции. Большое значение для оценки соматосексуального развития имеет возраст, если ойгархе происходит при ночной поллюции. Первое семяизвержение при адекватной дневной поллюции или при онанизме малоинформативно, при неадекватной дневной поллюции — почти всегда является феноменом первичной патогенетической дезинтеграции (синдрома парацентральной дольки).

Интерес для сексолога представляет содержание сна как при первой, так и при повторных ночных поллюциях. Инцестуозное или четко пара-

фильное содержание — весомый аргумент при диагностике аномального сексуального влечения.

Первый половой акт или контакт. Возраст сексуальной инициации имеет значение больше для характеристики коммуникативности, если, конечно, речь не идет о начале половой жизни до 12 или позже 25 лет с учетом возможных социальных факторов. При этом иногда уже возраст партнера отражает предпочтения объекта влечения. Важна констатация факта алкогольного опьянения, что, безусловно, часто приводит к случайному выбору партнерши, оказывающимся несоответствующим подсознательному выбору объекта по полу или возрасту, что может проявиться в неудаче — отсутствии эрекции или эякуляции. Достаточно типичным для лиц с парафилией в этих случаях является ощущение неудовлетворенности, разочарованности, несбывшихся ожиданий. Определенное значение имеет и поведение женщины, особенно ее реакция на неуспех, однако роль последующего развития невроза ожидания неудачи переоценивать не стоит.

Динамика половой жизни. Обязательна попытка анализа длительности связей, складывающихся эмоциональных взаимоотношений, сексуальной удовлетворенности с обеих сторон и причин разрыва. Необходимо также по возможности составить детальное представление о технике предпочитаемой близости, соответствии фантазий и реальной сексуальной жизни.

Отклонения от стандартной в данной культуре маскулинной сексуальной роли также могут быть разнообразными: от пассивного поведения в постели (причем эякуляция наступает быстрее или исключительно при таком поведении) до предпочтения поз, при которых осуществляется хотя бы частичная деперсонификация объекта (не видят лица), например поза сзади. Предпочтение фелляции, возможно, обусловлено не только этим обстоятельством, но и самим характером активности, реализующей иерархическое поведение в доминирующей роли. Другая девиация — анальный коитус — как культурально более осуждаемая, чем фелляция, реализуется реже, однако иногда в фантазиях удается проследить ее предпочтение.

Принципиально важно также выявление интермиттирующих функциональных сексуальных расстройств при нормативных гетеросексуальных контактах, к которым относятся нарушения эрекции и эякуляции. Расстройства эрекции выражаются в частых неудачах при введении полового члена во влагалище, иногда это отмечается уже в начале половой жизни, когда первый половой акт удается только после нескольких попыток. Один из наблюдавшихся нами пациентов мог добиться эрекции только тогда, когда садился голыми ягодицами в снег (случайная находка). Достаточно типичны затруднение или отсутствие эякуляции, несмотря на длительный период фрикций. В сексологической литературе и ранее отмечалось, что подобные нарушения связаны, например, с латентным гомосексуализмом [Кратохвил С., 1992, и др.].

Особого внимания заслуживают сексуальные контакты в состоянии алкогольного опьянения, так как в этой ситуации (в отличие от инициации) могут проявляться скрытые предпочтения. Следует отличать естественную для большинства мужчин задержку эякуляции при опьянении от характерной для ошибочного выбора объекта при расстройствах половой идентичности. Эксперт должен также попытаться составить «портрет» идеального сексуального партнера (внешность и психологические черты), что может помочь в установлении черт маскулинности или сходства с матерью или самим собой (аутоэротизм).

Взаимоотношения в семье. Вопреки часто высказываемому мнению, лица с парафилиями в браке состоят ничуть не реже, чем здоровые. Не

всегда также в этих случаях правомерен вывод, что брак используется как «прикрытие» своих наклонностей; чаще встречается вариант, когда индивид вступает в брак, не осознав их или в надежде избавиться от них. Кратковременность брачных союзов или их частота должны также настораживать эксперта в плане сексуальных проблем у испытуемого. Наличие или отсутствие детей прямо ни о чем не говорит. Однако известны случаи, когда педофилы специально женились на женщинах с детьми, чтобы иметь к последним доступ.

Роль в семье часто может быть подчиняемой, контрастировать со стремлением к лидерству на работе или зеркально наоборот.

Нужно также располагать информацией о взаимоотношениях в семье, чтобы сравнивать их с теми идеалами взаимоотношения полов, брачной жизни и отношения к детям, которые имеются у испытуемого.

Девиации и парафилии. При расспросе важно определить возраст начала формирования аномального сексуального влечения, особенно если ему предшествовал период внешне нормативной гетеросексуальной активности. Следует учитывать, что возраст появления фантазий явно парафильного содержания и возраст приобретения фантазированием патологических черт могут не совпадать.

В задачу онтогенетического анализа входит описание трансформации как сексуального фантазирования парафильного содержания, так и попыток реализации аномального сексуального влечения. Необходима динамическая характеристика последних с детальным описанием субъективных переживаний испытуемого во время фантазирования, до, во время и после реализации девиантного акта для сбора достаточно доказательных аргументов с целью клинической квалификации характера аномального влечения (навязчивого, компульсивного или импульсивного).

5.4. Особенности оценки психического статуса при сексологическом исследовании

Избегая повторения общеизвестных истин о правилах судебно-психиатрического освидетельствования и описания психопатологического состояния испытуемого, остановимся на тех моментах, которые редко освещаются в доступной литературе.

Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми и понятными подэкспертному, однозначными, т.е. содержать лишь одну мысль. Доступность вопросов определяется совпадением их лексики с речевой практикой подэкспертного, которая зависит от словарного (лингвистического), образовательного, культурного уровня, а также культуральных, языковых, национальных и этнических факторов, что требует от эксперта точной оценки соответствующего статуса опрашиваемого.

Эксперту не следует злоупотреблять суггестивными (внушающими) вопросами, которые уже содержат определенную информацию, подсказывают ответ и подразумевают лишь подтверждение или отрицание. Подобные вопросы относятся к рискованным приемам, их применение оправдано только при постановке особых задач (определение степени внушаемости, готовности откликаться на психопатологически значимые вопросы предположительно симулирующего подэкспертного и некоторые другие).

Невербальное поведение. При первом взгляде на испытуемого можно заметить проявление всех характерных невербальных комплексов, затем они исчезают и возникают при утомлении или стрессе.

Для правильной оценки невербального поведения испытуемого желательно производить осмотр в помещении площадью не менее 7 м^2, посадив его так, чтобы лицо и передняя часть тела были достаточно освещены [Корнетов А.Н., Самохвалов В.П. и др., 1990]. При беседе важно соблюдение расстояния между экспертом и испытуемым не менее 1,5 м. Следует учитывать, что у агрессивных лиц индивидуальное расстояние (зона, вторжение в которую подсознательно расценивается как агрессия) бывает расширена до 3—4 м, поэтому при появлении у испытуемого невербальных признаков агрессии (сжимание челюстей, игра желваками, выдвинутая вперед нижняя челюсть, взгляд исподлобья) необходимо увеличить дистанцию.

Нежелательно, как отмечает З. Старович, взаимное расположение эксперта и испытуемого под прямым углом или через стол лицом к лицу (позиция конфронтации). Оптимально расположение собеседников под углом 45 °.

Диагностика диссимулируемого состояния аффекта и любого эмоционального состояния может быть более точной вне речевого контакта, с помощью изучения корреляций отдельных каналов коммуникации [Самохвалов В.П., 1993].

Визуальные каналы коммуникации: мимика, поза, жесты и др.

Мимика. Обеднение мимики достаточно часто встречается при органических поражениях ЦНС. Следует отличать его от изменений при шизофрении. По возможности нужно сравнить участие в мимических движениях мышц правой и левой половин лица, верхней и нижней части. При шизофрении диссоциация мимики верха и низа лица отражает нарастание продуктивной симптоматики, правой и левой — негативной [Таннус А., 1987]. Надувание щек и губ, опущенные уголки рта свидетельствуют о подчинении собеседнику.

Имеют значение и особенности взгляда: полное отсутствие пристального взгляда при аутизме, а при депрессии он направлен в окно или на руки.

Поза. Напряженность, скованность поз типична для ситуации экспертного обследования, поэтому в начале беседы отсутствие таковой должно настораживать врача. Кивание, съеживание выражают подчинение, толчковые движения тазом у мужчин — признак скрытого доминирования, у женщин — умиротворения. При истерическом неврозе описана *камптокормия* — длительно фиксированная после вставания, согбенная поза, а также «истерический кивок» — запрокидывание головы с хоботком — подставление горла как выражение подчинения. Наклоны туловища вперед — частый признак неврозов и депрессий. Стереотипии в виде трясения, мотания головой, телом — всегда признак патологии.

Своеобразны положения ног у транссексуалов: для женщин характерны расставленные ноги с разведенными ступнями, для мужчин — сомкнутые колени и ступни, причем это не зависит от пола врача.

Жесты. Различают жесты «эгоцентрические» — направленные к телу, которые наблюдаются при невротической и эндогенной депрессиях, и «эксцентрические» — направленные от тела, отмечающиеся при гипомании, истерической и аффективной психопатиях. У невротиков может часто наблюдаться сжатие пальцев одной руки другой (обычно доминантной), при депрессиях — складывание руки лодочкой.

Высокая интенсивность грумминга (охорашивания) наблюдается у мужчин — гинекоморфов (см. ниже) и гомосексуалов с пассивной ориентацией и может являться признаком перенесенного в детстве периода депривации.

По мнению М.А. Дерягиной (1987), стереотипии поз (трясение, мотание головой, телом), жестов (трение ладоней, судорожное сжатие рук, автогрумминг, манипуляции с кистями и телом) могут расцениваться как проявления смещенной активности. Поскольку основная функция этих движений — эмоциональная саморегуляция, то частота их появлений отражает степень эмоциональной устойчивости индивида.

Сдерживание жестикуляции характерно для попыток сокрытия информации от эксперта [Самохвалов В.П., 1993], поэтому следует отмечать, при каких вопросах оно возникает. Внимания заслуживает и сравнение поз, мимики и жестов в ситуации вопросов, касающихся сексуальной сферы и особенно ситуации правонарушения. Иногда при этом удается увидеть изменение мимических движений и усиление сокращений мышц половины лица, усиление жестикуляции левой рукой.

Существуют половые различия в использовании каналов коммуникации: психически здоровые мужчины предпочитают манипулировать предметами, а женщины — одеждой. В этологии известно, что у самок преобладают позы, у самцов — жесты.

Тактильный канал. В редких случаях, когда требуемая доверительность почти достигнута и эксперт видит колебания испытуемого перед попыткой достаточно откровенного рассказа о переживаниях, допустимы как бы спонтанные прикосновения к правой руке (левое полушарие), которые иногда оказывают «растормаживающее» воздействие на речь.

Ольфакторный канал. Эксперту-женщине необходимо учитывать, что многие мужчины бессознательно чувствуют запах менструации у женщин, и в это время им нужно использовать более закрытый тип одежды (рукава, длина юбок), так как у агрессивных лиц вероятность соответствующего поведения в такой ситуации усиливается.

Для успешного восприятия особенностей невербального поведения испытуемого эксперту рекомендуется осуществить так называемую подстройку. На первом этапе она заключается в неявной имитации поз, мимики и жестов испытуемого. Возможно прямое и перекрестное «отзеркаливание», уместность одного из вариантов лучше определять методом проб и ошибок. Усиление аутогрумминговых движений, ерзания по сиденью стула, отведение взгляда в сторону — признаки несоответствия избранного врачом варианта «отзеркаливания». Нельзя «отзеркаливать» закрытые позы (со сведением рук и ног). Следует избегать того, чтобы испытуемый заметил «отзеркаливание», так как это чаще всего вызывает реакцию раздражения. По мере изменения невербального поведения в процессе беседы необходимо «отзеркаливать» те его элементы, которые выявляются в ситуации «безобидных» вопросов, когда у испытуемого нет оснований для неискренности.

Слуховой канал. Эксперту необходимо обращать внимание на невербальные компоненты речи: увеличение продолжительности пауз в ходе беседы свидетельствует о близости скрываемой информации, уменьшение продолжительности пауз — о близости высказывания откровенной информации.

Голос, речь, мышление, внимание. Застывший, «зачарованный» взгляд с расширением зрачков, разглаживание лица с уменьшением его асимметрии при воспоминаниях о значимых переживаниях — признаки измененного состояния сознания. Часто при этом испытуемый замолкает, если же продолжает говорить, то у него меняются построение фраз, лексикон.

В процессе беседы эксперту стоит осуществлять и вербальное «отзеркаливание» — усвоение и использование в речи характерных для испытуемого оборотов и набора слов, что усиливает доверительность контакта.

Место рождения и уровень образования влияют на лексикон и понимание значения и смысла фактов собственной сексуальной жизни. Тем более удивительным представляется тот факт, что при беседе на «больные» темы у некоторых испытуемых поразительно меняются не только невербальные реакции, но и используемый словарный набор. Понятно, что когда речь идет о сексе, он взят из научно-популярной и реже специальной литературы, которую часто в больших количествах читают лица со сверхценностью сексуальной сферы. Однако часто меняются и построение фраз, грамматические обороты, которые представляются нетипичными для данной личности и не являются ожидаемыми исходя из социального статуса.

У лиц с расстройствами половой идентичности нередко отмечается фемининность невербального поведения: кокетство, манерность, плавность движений с преобладанием поз и мимики над жестами, высокие интонации голоса, а также проявление симультанной инконгруэнтности — несоответствия невербального поведения вербальному: например, при беседе с испытуемым о гомосексуализме при вербальном отрицании или осуждении гомосексуальных контактов отмечается положительная эмоциональная реакция, прежде всего мимики. Все эти проявления, как правило, усиливаются в стрессовой ситуации.

Отношение к беседе на сексуальные темы, степень открытости. Очень часто встречаются случаи, когда испытуемый вследствие низкого культурного и общеобразовательного уровня считает для себя наиболее безопасным отрицать даже нормативные проявления сексуальности (поллюции, мастурбация). Однако тот же результат может проистекать и от негативного отношения к физиологическим проявлениям сексуальности своего биологического пола, т.е. быть проявлением расстройства половой идентичности. Эксперту крайне важно развести эти варианты. Помочь в этом может явно негативная невербальная реакция испытуемого на соответствующие вопросы, в то время как обсуждение этой темы вообще, без отношения к данному лицу с ним же может ее не вызвать в случае установочного поведения. У достаточно развитого в интеллектуальном отношении испытуемого с расстройством половой идентичности ощущение неприятия или неадекватности соответственных проявлений сексуальности, длительно существуя, всегда обрастает защитными образованиями (рационализация) типа концепции негативного отношения к женщинам вообще, убежденности, что секс — это грязь, сверхценности аскетизма, воздержания и т.п. При изложении подобного «мировоззрения» обращают на себя внимание характерные голосовые интонации (высокий тонкий тембр), приподнято-проповеднический, либо кликушеский, либо ханжески-нравоучительный тон, чего не наблюдается при установочном поведении.

Необходимо сделать несколько замечаний по содержанию беседы. Естественно, что эксперт должен категорически воздерживаться не только от оценочных суждений, но и от невербальной реакции даже на самые неприятные ему описания поведения и переживаний испытуемого. Другая сложная проблема — отношение к установочному поведению. Часто приходится сталкиваться с простым отрицанием совершения правонарушения. Следует помнить, что в задачу эксперта не входит доказательство, совершил ли испытуемый данное противоправное деяние. Рассмотрение возможности, что он его не совершал, так же как и определение вероятности того, что он мог бы его совершить, также не входят в задачи экспертизы.

5.5. Неврологический статус

Поскольку у большинства испытуемых, проходящих экспертизу, выявляются признаки органического поражения ЦНС той или иной степени выраженности, неврологическая симптоматика у них может быть разнообразной и почти всегда при этом требуется заключение квалифицированного невропатолога. В то же время исследование таких феноменов, как инверсия рефлексогенной зоны (ИРЗ) ахиллова рефлекса, кавернозный рефлекс, остается делом врача-сексолога. Последний должен помнить, что ИРЗ (разной степени на правой и левой ноге) в сочетании с анизокорией, стойким энурезом и преждевременным семяизвержением позволяет предполагать у испытуемого первичную патогенетическую дезинтеграцию (синдром парацентральной дольки). Последний приводит к преждевременной эякуляции, на почве которой формируется невроз ожидания неудачи. В экспертной практике встречаются случаи, когда его развитие предшествовало правонарушениям в виде изнасилования и инцестуозных действий, однако его роль в патогенезе парафилий, по-видимому, незначительна. В одном случае наблюдалось закрепление условного рефлекса, когда непроизвольная эякуляция у испытуемого возникла в момент совершения кражи из сумки женщины в автобусе, что повлекло за собой развитие своеобразного полиморфного парафильного синдрома.

5.6. Соматический статус

Врач должен осматривать полностью раздетого испытуемого не только для оценки типа телосложения, но и с целью выявления различных морфологических дизонтогенетических признаков. Для эксперта-сексолога важно наличие гинекомастии, тип отложения жира. Большой интерес в этом плане представляют РМД, которые представляют собой фенотипические маркеры пренатального дизонтогенеза. Клиническое значение их состоит в том, что они сопровождают: 1) задержку и искажения соматопсихического развития; 2) функциональные сдвиги и снижение адаптации; 3) модификацию проявлений в сенситивные периоды онтогенеза или при болезнях.

Однако не все РМД являются достоверными маркерами, для отличия случайных от значимых учитывается так называемый порог значимости РМД: 5—7 признаков; 3 группы с разной регионарной локализацией; 3 выраженных малых аномалий развития, одна из которых является пороком.

Примерами значимой РМД являются гипоплазия и приращение мочки уха, укорочение мизинца и гнездное оволосение пояснично-крестцового отдела, сопровождающиеся энурезом, замедлением темпов полового созревания и астеническим преморбидом.

Выделяют следующие типы РМД: 1) альтернативные: есть или нет (добавочные соски); 2) гиперпластические (удлинение, утолщение, увеличение); 3) гипопластические (укорочение, уменьшение, истончение); 4) дисгармонические (искривления, асимметрии).

РМД надо соотносить с соматотипической патологией: при астеническом соматотипе легкие гипоплазии являются конституциональным вариантом изменчивости, при пикническом — диспластическими признаками. По данным антропологов, у 20—30 % психически больных отмечаются РМД [Корнетов Н.А., 1996].

Некоторые РМД, имеющие значение для эксперта-сексолога

Плагиокефалия — асимметрия сторон черепа, «косоголовие» вследствие односторонней остановки роста костей или развития мозга.

Гиперортогнатизм лба — выступающий лоб, сглаженность или отсутствие надбровного валика — психофизический инфантилизм, гидроцефалия.

Асимметричная посадка ушей — маркер конституциональных микроаномалий внутренней структуры мозга, сочетается с плагиокефалией.

Несоразмерные уши — разная величина ушей — признак асинхронии развития мозговых структур.

Несоразмерно короткие руки — кончики пальцев свободно свисающих рук лишь наполовину их длины заходят за линию, проведенную по нижнему краю седалищного бугра, — гипергонадизм.

Гипоплазия мизинца — мизинец укорочен и не достигает сустава ногтевой фаланги IV пальца — задержка пубертата вследствие гипофункции гипофиза — гипоталамуса.

Пышные волосы — тонкие, шелковистые с пышным ростом — «волосы художника» — гинекоморфия и евнухоидизм.

Гирсутизм — темные волосы на ногах, проксимальных фалангах пальцев, вокруг сосков у женщин — преждевременное сексуальное развитие.

Гнездное оволосение пояснично-крестцового отдела — энурез, spina bifida.

Невусы центральной части лица — задержка психического развития, судороги.

Складчатая гиперплазия кожи волосистой части головы — преимущественно в теменной и затылочной областях, кожа утолщена и глубоко изборождена, напоминая по внешнему сходству мозговые извилины — задержка психического развития.

5.7. Половая система

Главная цель этого вида обследования для эксперта-сексолога — выявление пороков развития, которые могут, с одной стороны, приводить к неспособности совершения полового акта, с другой — становиться не столь часто причиной, сколько поводом для развития убеждений в своей сексуальной неполноценности. Кроме того, пороки развития урогенитального аппарата служат маркером нарушения соматосексуального развития.

Вопреки распространенному мнению нет четких данных, свидетельствующих о том, что пороки развития половых органов, как и любимое психиатрами «убеждение в маленьких размерах полового члена», значительно влияют на возникновение аномалий полового влечения. Оказывая влияние на психическую сферу, в сексуальной сфере они часто приводят просто к отказу от половой жизни или предельному ее ограничению. По-видимому, достаточная сохранность психической деятельности обусловливает вторичную дезактуализацию сексуальной сферы. Однако в некоторых случаях фиксация на генитальных пороках развития приводит к своеобразному патологическому развитию личности (гиперролевое поведение).

Испытуемый В., 33 лет. Отец злоупотреблял алкоголем, повесился, когда испытуемый учился в 1-м классе; со слов сестры испытуемого, мать психически больна. Кроме В., в семье еще двое детей, которые воспитывались матерью. Семья была очень малообеспеченная, испытуемому одежда оставалась от старшего брата или ее выдавали в школе. В детстве часто болел простудными заболеваниями, пневмониями, нередко подвергался насмешкам со стороны сверстников из-за своей внешности и бедной одежды. Как говорит испытуемый, все время был высоким, худым,

каким-то «несуразным». В подростковом возрасте заметил, что сильно отличается от сверстников-мальчиков: не так выражено оволосение, высокий голос, «дискант»; обратил внимание на отсутствие обоих яичек, и как ему казалось, молочные железы развиты больше, чем у сверстников. С 16—17 лет пытался утвердиться в мужском коллективе и старался, хотя бы внешне, выглядеть более мужественным: начал курить самые крепкие сигареты, чтобы голос был ниже; активно стал бриться, чтобы стимулировать рост волос на лице, «а то пушок какой-то растет». Пошел заниматься в спортивные секции борьбы, бокса только для того, чтобы научиться драться. В 17 лет совершил кражу и сделал это только для поднятия авторитета и чтобы как-то объяснить, почему его не взяли в армию. Находясь в заключении, очень боялся, что кто-то обнаружит у него отсутствие яичек и что будут считать гомосексуалистом «со всеми вытекающими отсюда последствиями». Опять-таки старался поднять свой авторитет всеми возможными способами, вплоть до конфликтов и драк. В 23 года совершил изнасилование несовершеннолетней в извращенной форме (через рот), был осужден на 5 лет лишения свободы. Впоследствии, чтобы завершить формирование своего «мужского имиджа», решил жениться, хотел, чтобы ребенок был записан на его фамилию. Для это нашел молодую женщину и заключил с ней брак с условием, что она будет поддерживать его имидж мужчины и родит ребенка от того человека, которого он выберет; при этом он будет содержать ее и ребенка и не станет предъявлять претензий к ее личной жизни.

Со слов В., он впервые по поводу крипторхизма был прооперирован в 5 лет, вторая операция была в 1979 г. Согласно протоколу операции, был вскрыт левый паховый канал. Общая влагалищная оболочка доходит до дна мошонки, соединяется с брюшной полостью, яичка в ней нет. Выделена влагалищная оболочка, вскрыта брюшная полость. Яичко находится в малом тазу, около яичка — рудиментарная маточная труба. Яичко проведено в мошонку и фиксировано к правому бедру. Правое яичко также находится в малом тазу. Клинический диагноз: двусторонний внутрибрюшинный крипторхизм.

На экспертизу поступил в связи с тем, что изнасиловал несовершеннолетнюю (15 лет) в естественной форме. При обследовании заявлял, что половых актов никогда не совершал, влечения к женщинам не было. При осмотре: яички в мошонке отсутствуют, половой член длиной 11 см, окружность 7 см, предстательная железа уменьшена в размерах, распластана, при пальпации безболезненна.

Хронический простатит может приводить к преждевременной эякуляции, на почве которой формируется невроз ожидания неудачи. В экспертной практике были случаи, когда развитие последнего предшествовало правонарушениям в виде изнасилования и инцестуозных действий, однако его роль в патогенезе парафилий, по-видимому, незначительна.

5.8. Половая конституция

Под половой конституцией в сексологии понимается «совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе; половая конституция лимитирует диапазон индивидуальных потребностей и характеризует индивидуальную сопротивляемость в отношении патогенных факторов, обладающих избирательностью к половой сфере» [Васильченко Г.С. и др., 1990]. Интегральная оценка половой конституции опирается на функциональные, сексологические и объективные антропометрические показатели. Согласно шкале векторного определения, учитываются следующие показатели: 1) возраст появления сексуального либидо; 2) возраст первой эякуляции; 3) ТИ; 4) тип оволосе-

ния лобка (редкие пушковые, горизонталь, тенденция к горизонтали, мужской тип, мужской тип с гипертрихозами); 5) максимальный эксцесс; 6) время вхождения УФР после женитьбы; 7) абсолютный возраст вхождения в УФР.

Исходя из этого перечня показателей, вычисляются значения векторов для каждого показателя и определяется тип конституции: слабый (1—3), средний (4—6) и сильный (7 и выше). Кроме того, вычисляются показатели: Кг — генотипический индекс (средняя арифметическая векторов 1—4), Ка — индекс половой активности (средняя арифметическая векторов 5—7) и Кф — фенотипический индекс (средняя арифметическая векторов 1—7).

С использованием показателей шкалы половой конституции, по мнению авторов, возможна диагностика видов дизонтогенеза: задержки пубертата (средняя арифметическая векторов 1—4 меньше 3,5), торможения пубертата (1—2 меньше 3,5; 3—4 — больше 3,6) и дисгармонии пубертата (разница между двумя векторами больше 3). Подобная шкала (естественно, с соответствующими поправками) была составлена и для женщин.

Следует подчеркнуть, что половая конституция «отражает соматобиологический преморбид» [Васильченко Г.С. и др., 1990] и не может характеризовать психосексуальное развитие. Даже абстрагируясь от возможного установочного поведения испытуемого, надо признать, что в практике сексологической экспертизы приходится сталкиваться с тем, что во многих случаях определение половой конституции становится просто неадекватным из-за достаточно сложных вариантов дизонтогенеза, с которыми сексолог имеет дело.

Определение первого показателя (пробуждение сексуального либидо, т.е. влечения к оргазму) у лиц с аномальным сексуальным влечением, особенно возникшим в пубертатном возрасте, часто затрудняется тем, что эксперту-сексологу бывает непросто разобраться: а к чему собственно возникло влечение — к оргазму, получаемому, к примеру, при мастурбации с фантазиями парафильного содержания, или к тому чувству «психологического удовлетворения», которое испытывает фетишист, онанирующий с детской обувью? У лиц с задержкой психосексуального развития иногда фиксация на эротической стадии либидо настолько выражена, что, несмотря на наличие биологического оргазма, которым они часто просто пренебрегают, говорить о сексуальном либидо в полном смысле этого понятия некорректно. Те же соображения относятся и к феномену психического оргазма.

Нельзя думать о равноценности и второго показателя (возраст первой эякуляции) в случае ночной поллюции и при ранней допубертатной мастурбации, не говоря уже о случаях первичной патогенетической дезинтеграции.

Величина максимального эксцесса (5-й показатель) настолько зависит от поражения психической составляющей, что во многих случаях полностью противоречит остальным показателям. Показатели 6 и 7 у лиц с аномалиями сексуального влечения чаще всего учитывать вообще нецелесообразно, поскольку даже в случае сохранения способности к нормативному гетеросексуальному половому акту частота половой жизни безусловно искажается за счет параллельной девиантной активности.

Более 80 % испытуемых, обследованных за 3 года в лаборатории судебной сексологии, имели такой разброс показателей, что по предлагаемой методике можно было установить только один вид дизонтогенеза — дисгармонию пубертата, что, конечно, свидетельствует о ее неадекватности.

Учитывая все вышеизложенные соображения, в практике судебной сексологической экспертизы шкала половой конституции используется только

для ориентировочной оценки соматосексуального развития. С целью более подробной оценки последнего нами учитывались еще два показателя — индекс полового диморфизма Tanner и индекс конституции Rhyes—Eysenck.

Индекс Таннера вычисляется по формуле ИТ = 3Ва—Вс, где Ва — биакромиальное расстояние, Вс — бикристальное. ИТ более 93,1 свидетельствует об андроморфии; 93—83,7 — о мезоморфии; менее 83,7 — о гинекоморфии; для женщин: менее 73,1 — о гинекоморфии, 73,1—82,1 — о мезоморфии, более 82,1 — об андроморфии.

Индекс Риса—Айзенка объективизирует соматотип как соотношение длинника и поперечника тела и определяется по формуле:

$$РЕ = \frac{\text{Рост, см} \times 100}{6 \times Д_{поп}\ \text{(макс. вдох)}},$$

где $Д_{поп}$ — поперечный размер грудной клетки в состоянии максимального вдоха.

Для мужчин пикнический тип диагностируется при значении РЕ <96,2, нормостенический — в интервале 96,2—104,8, астенический — >105. Для женщин соответствующие значения РЕ: пикнический — <95,9, нормостенический — 95,9—104,3, астенический — >104,3.

Соотношение между типами конституции и аномальными формами поведения [Самохвалов В.П., 1993] показано в табл. 5.1.

Таблица 5.1. **Типы соматоскопии, аномальные формы поведения и течение болезни**

Соматоскопия, тип	Аномальные формы поведения	Течение
Астенический	Шизоидные	Хроническое
Нормостенический	Аффективно-неустойчивые, взрывчатые, паранояльные	Приступообразное
Пикнический	Циркулярные	Периодическое

Кроме вышеупомянутых показателей, эксперт-сексолог должен диагностировать основные типы диспластических конституций [Строевский В.А., 1988], признаки которых приведены в табл. 5.2.

Таблица 5.2. **Диспластические варианты конституции**

Тип телосложения	Рост	Конечности	Оволосение		Половые органы	Ведущий канал коммуникации
			лобка	лица		
Астено-евнухоидный	Выше среднего	Длинные (высокий и широкий таз)	Женское	Юношеское	Слабая пигментация и складчатость мошонки	Жесты
Низкорослый атлетико-диспластический	Ниже среднего	Короткие	Мужское	Мужское	Норма	Поза
Инфантильно-грацильный микросоматический	Маленький	Тонкие короткие	Тенденция к горизонтали	Слабое	Маленький половой член	Мимика

Астенически-евнухоидный вариант развивается вследствие гипогонадизма, низкорослый атлетико-диспластический связан с ускорением темпов полового созревания, инфантильно-грацильный микросоматический — с гипопитуитаризмом.

5.9. Семиотика юридически значимых сексуальных расстройств

В конечном счете структура и содержание клинического интервью должны быть подчинены цели выявления предпочтительного круга коморбидных расстройств, имеющих юридическое значение, поэтому представляется необходимым описание их семиотики. Оно складывается из дизонтогенетических расстройств и клинической картины нарушений половой идентичности и парафилий.

Условность разделения этих двух групп определяется их неразрывностью и взаимообусловленностью. По сути здесь неявно подразумеваются две оси: 1) диахроническая — последовательное описание психопатологических и сексологических феноменов, наблюдающихся у испытуемых на различных этапах онтогенеза; 2) синхроническая — описание клиники парафилий как расстройств психосексуальных ориентаций в сочетании с комплексом нарушений самосознания и поведения, выявляемым на момент осмотра и представляющим собой как бы результирующую всего предыдущего искаженного развития.

5.9.1. Дизонтогенетические расстройства

С известной долей условности указанные расстройства можно разделить на нарушения психического и сексуального онтогенеза.

Нарушения психического онтогенеза (дизонтогенез самосознания). ***Параутистические состояния.*** Доводя до логического завершения свои рассуждения о предрасполагающих к некрофилии особенностях личностного склада, Э. Фромм указывает на подобие этих черт картине детского аутизма. Основываясь на описаниях этого расстройства Каннером и Малером, он особо выделяет характерные для таких детей неумение различать живую и неживую материю, неспособность к человеческим отношениям и общению, использование речи в манипулятивной функции, преобладающий интерес к неодушевленным предметам, т.е. признаки, практически идентичные таковым при некрофилии.

Клинические характеристики, свойственные аутистическим формированиям, наиболее часто встречаются у лиц с нарушениями половой идентичности и парафилиями. К 3—4-м годам обычно становятся очевидными неравномерность психомоторного развития и задержки речи, недостаточная эмоциональность, склонность к ритуальному поведению и стремление к сохранению и поддержанию неизменности окружения. Однако основными являются трудности общения. Во многих случаях все эти клинические признаки складываются в типичный комплекс детского аутизма, не имеющего, однако, психотической трансформации. Требуемые стереотипы поведения усваиваются механически при малой интернализации коммуникативных установок. Даже видимая легкость общения на поверку оказывается лишенной истинного взаимодействия и понимания в контактах.

Среди личностных особенностей проявляются медлительность, осторожность, приверженность устоявшимся традициям, вплоть до крайнего

консерватизма, склонность придерживаться жизненных стереотипов с трудностями принятия нового. Это гармонично сочетается со свойственными трудностями межличностных контактов при высокой значимости оценок окружающих, с выраженной неуверенностью, нерешительностью и тревожностью.

Характерны невропатические проявления, причем ригидные страхи часто сочетаются с полным отсутствием чувства опасности в других сферах поведения, которое нередко становится рискованным. В детском возрасте наиболее часто наблюдаются невротические эпизоды снохождения, сноговорения, ночных страхов, энуреза, заикания. Их истинная природа на данном этапе развития с трудом поддается дифференциальной диагностике. Представляя в этот период некий спектр однородных феноменов, они лишь впоследствии приобретают более отчетливую форму истинно невротических, истероподобных или пароксизмальных проявлений, оставаясь сходными по своему содержанию. Иногда отмечается трансформация первоначально, казалось бы, очевидно истерических припадков со спазмами в горле, трудностями речи, характерными фугами с их психогенным возникновением в судорожные приступы, обычно ночные, со специфической аффективной дисфорической и деперсонализационно-дереализационной аурой. Общими же остаются стержневые для этих проявлений — повышенная тревожность, легкость возникновения реакций страха и испуга.

При отсутствии полной картины детского аутизма наблюдаются реакции и личностные развития в сторону ограничения и свертывания общения. Чаще всего это мальчики с невротическими расстройствами и шизоидным радикалом. Еще одним из условий, предопределяющим трудности общения, являются соматические нарушения и любые дефекты, определяющие проблемный характер общения, ценностную переориентацию, переформирование телесного и психического «Я». В этих случаях речь идет о псевдоаутистических формированиях в силу сохранности предпосылок способности к общению.

Патологическое фантазирование. Первоначально фантазирование отличается конкретностью, образностью, целенаправленностью, реальностью, произвольностью; представления возникают на фоне ясного сознания, что в основном свидетельствует о некотором усилении детской мечтательности. Такие дети мечтают о поездке с родителями на море, путешествиях и т.д. Помимо этих достаточно невинных представлений, параллельно входят в роль гипер- и псевдокомпенсаторные механизмы фантазирования с уходом в мир грез от реальности с неотделимыми от нее коммуникативными трудностями, недооценкой или даже насмешками и оскорблениями, мнимыми или действительными. Обычно в препубертатном возрасте происходит коренная трансформация фантазирования, заключающаяся в том, что его произвольный характер уступает место непроизвольности и даже неодолимости привычных представлений. Фантазирование, имея свой непатологический аналог в нормальной психике подростка, постепенно приобретает патологический характер: вымыслы становятся более значимыми, чем события реальной действительности, переходят на сверхценный уровень с постепенным формированием готовности и стремления к реализации фантастических построений. Под влиянием опосредованных психогенных факторов, формирующихся отдельных дисморфофобических переживаний обнаруживается тенденция к усилению и нарастанию черт аутохтонности с включением агрессивно-садистических элементов.

Возникающие представления сопровождаются иллюзорным восприятием действительности, дисфорическим оттенком настроения; их продолжи-

тельность достигает нескольких часов. В этот период формируется «зрительный образ» будущей жертвы-объекта, согласно намечающейся сексуальной ориентации с представлением себя в роли «фашиста», палача, сцен пыток над одноклассниками и т.д. В период фантазирования наблюдается изменение аффективного фона — от злобно-напряженного до состояния «внутреннего успокоения». Последний феномен означает, что фантазирование взяло на себя своеобразную роль эмоциональной регуляции.

В пубертатном возрасте, а иногда и значительно позже в силу ретардированного становления сексуальности, уже сформировавшееся агрессивно-садистическое фантазирование начинает включать элементы платонического и эротического либидо. Именно в этот момент стереотипность и непроизвольность фантазирования с соответствующим содержанием создают клинически необходимый набор для диагностики парафилий, поскольку наличие подобной, даже исключительно идеаторной, активности подразумевает захват сферы влечений. С этого момента фантазирование теряет защитную функцию, приобретая, напротив, побудительную силу. Свидетельствуя о незрелости психики, синдром фантазирования одновременно становится препятствием на пути гармоничного развития психосексуальной ориентации, блокируя на всех его ступенях переход фазы формирования установки в реализацию полового влечения.

К указанным особенностям присоединяются выраженные дистимические и дисфорические расстройства, характеризующиеся болями за грудиной, ощущением физического давления в области легких, раздражением, «радостным посасыванием». Таким образом, при анализе аффективных расстройств четко выявляются витальный и соматопсихический компоненты, контрастные эмоциональные переживания.

В пубертатном возрасте с учащением эпизодов фантазирования усиливаются и дисморфофобические переживания, на фоне которых формируются отдельные сенситивные идеи отношения, носящие отрывочный, неразвернутый характер, а также сверхценные образования, определяющие однонаправленный, стереотипный характер активности. На сверхценном этапе патологическое фантазирование сближается по структуре с другими феноменами аутистического мышления. Этому способствуют нарастающая оторванность от реальной обстановки, пассивная отдача себя во власть возникающих представлений с фиксацией на самом процессе фантазирования, который представляет самостоятельную ценность как вид деятельности и доставляет основное удовольствие. В этом коренное отличие феномена от обычного эротического фантазирования, имеющего инструментальное, вспомогательное значение при достижении оргастического переживания. Интеллектуальная деятельность при этом приобретает не только монотематический, но и стереотипизированный, клишированный характер с постоянным возвратом к уже привычным, одинаковым образам и представлениям, к тем сюжетным коллизиям, на которых было прервано фантазирование. Фантазии занимают большую часть жизни индивидуумов, они не могут сосредоточиться, заниматься обычными делами, не находят себе места. Реальная жизнь становится только неизбежной паузой между любимыми занятиями, которые вызывают изменение эмоционального состояния с повышением настроения и достижением известной психической разрядки.

Содержание фантазий уже в начальном периоде может свидетельствовать о формировании патологических влечений, чаще всего агрессивно-садистического характера, поскольку сразу может включать представление соответствующих сцен и сюжетов, в более или менее явном виде отражая

наличие деструктивных тенденций. Не менее показательны увлечения и интересы, которые в скрытой и смещенной форме отражают те же установки. Ограничиваясь преимущественно игровыми видами деятельности, так или иначе связанными с содержанием фантазий, они включают образы власти, доминирования или, напротив, подчинения и послушания, которые поначалу не содержат эротических компонентов.

Содержание представлений приобретает еще большую агрессивность, исчезает связь с психотравмирующей ситуацией, возникает потребность в их реализации. Однако в конце подросткового периода на фоне формирования сверхценных однонаправленных увлечений тенденция к фантазированию может редуцироваться, замещаться выбранной личностной стратегией поведения с частичным воплощением фантазий, в том числе в социально приемлемых формах. Болезненные переживания становятся все более скудными и даже теряют актуальность. Однако в дальнейшем и незначительные психогенно-травмирующие обстоятельства, несмотря на некоторое улучшение психического состояния (исчезновение дисморфофобических переживаний, сенситивных идей отношения), могут актуализировать фантазии с агрессивно-садистической структурой. Они характеризуются малой выраженностью эротического и сексуального компонентов, глубиной садистических переживаний. Именно в этих условиях происходит реализация фантазий — запоздалый переход в фазу научения и закрепления установки, к этому времени обычно непоправимо деформированной. О теснейшей и неразрывной связи формирующегося поведенческого стереотипа с патологическим фантазированием свидетельствует характер девиантных актов, которые не только полностью соответствуют бывшему ранее в воображении сценарию, но и часто представляют собой целое театрализованное действо с концентрацией на процессе игровой деятельности, деперсонификацией объекта и собственной отстраненностью от происходящего.

В процессе становящейся стереотипной девиантной активности непроизвольность парафильных представлений и побуждений сменяется их желанностью, приемлемостью, а парафилии приобретают эгосинтонический характер. Представления при непроизвольном фантазировании «обрабатываются» с каждым днем, подвергаются творческому развитию. Соответственно имеющимся личностным особенностям эти представления насыщаются прагматизмом, расчетливостью, схематизмом, рациональностью. Между личностью и имеющимися представлениями исчезают конфликт, «борьба», дисгармония. Одновременно с этим в каждом случае для фантазий требуются «интенсивность» ощущений, «эксперимент», «психологический подъем» достигается уже лишь при реализации представлений. После реализации, несмотря на «полученные положительные эмоции», состояние «покоя» бывает все более непродолжительным, желание «вспомнить» полученные ощущения, представить все в зрительных образах возникает с прежней силой, что усиливается аффективным компонентом, «ностальгическими», по выражению одного из испытуемых, проявлениями. В сознании постоянно формируются «новые сцены пыток», причем если в первых случаях фантазирования удовлетворение наступает от физических страданий потерпевших, то в дальнейшем формируется потребность «подавлять их морально» (своей властью разрушать детскую дружбу, способствовать предательству и т.д.). При этом ощущение собственной власти выражается в «возвышенных чувствах», «электрическом разряде» и других трудно вербализуемых переживаниях. Каждый ежедневный поиск новой жертвы сопровождается «анализом» полученных ощущений, тогда как прежние интересы дезактуализируются. Процесс фантазирования постепенно становится

все менее достаточным, для его эффективности требуются некоторые специфические стимулы, обычно в виде символических фетишей, воплощающих образы бывших жертв.

Сверхценные образования. Одно из наиболее ранних выявляемых феноменов — склонность к различным по стойкости сверхценным увлечениям, отражающая особенности психического склада этих лиц с характерной для них ригидностью психофизиологических процессов. Впоследствии та же ригидность обусловливает как личностные характеристики этих лиц, так и некоторые психопатологические феномены.

Среди психопатологических образований наблюдаются различные виды сверхценных образований и увлечений, в том числе коллекционирование. Зачастую испытуемыми педантично систематизируются совершенно ненужные и бесполезные вещи, различный хлам, т.е. процесс собирания имеет самоценный характер. Один из испытуемых подобным образом хранил грязное старое белье, банные веники и шапки из парилки, которые он приносил из бани, где работал. Нередко эта деятельность представляет собой как бы «застывшие» интересы аутичного детства и часто свидетельствует о потере всякой брезгливости.

Потеря чувства брезгливости, отражающая особую измененную эмоциональность с дезинтеграцией аффективных проявлений, вообще свойственна лицам с парафилиями. В ряде случаев именно те предметы и вещи, которые в обычных условиях связаны с ощущением брезгливости, приобретают значение сексуального стимула. Данное отличие от общепринятых эмоциональных реакций может сказываться и в обыденной жизни и проявляться в пренебрежении к своей одежде, чистоте. Однако может наблюдаться и обратная картина, когда при эротической манипуляции именно подобными предметами в обиходе особенно подчеркивается стремление к аккуратности, требование которой было педантично, а их несоблюдение сопровождается реакциями раздражения.

Одним из часто встречающихся феноменов в детском и подростковом возрасте лиц с парафилиями является их повышенная тяга к контактам с животными. Наиболее известными в этом плане являются описания жестокого обращения с ними. Так, «ненависть и насилие по отношению к кошкам» причислялись к тем условиям, которые оказываются предикторами сексуального насилия или сексуального убийства [Revitch E., Schlesinger L.B., 1988]. При обследовании лиц, совершивших изнасилования, рекомендуется расспрашивать их о подростковом делинквентном поведении, поскольку садистические насильники часто в этом возрасте проявляют «такое не явно сексуальное» поведение, как жестокость к животным и нередкое участие в драках [Groth A.N., 1979].

Однако подобное поведение может становиться частью более общего феномена, заключающегося в явном предпочтении контактов с животными, не всегда окрашенных в агрессивно-деструктивные тона. Нередко эти интересы приближаются к сверхценным, аффективно окрашиваются, реализовываются не только без поддержки, но и вопреки желаниям родителей. Характерно, что внимания и эмоций, обращенных на животных, никогда не удостаиваются близкие и другие окружающие, в отношении которых эти дети остаются холодны, безразличны, а иногда и агрессивны. Такие интересы могут постепенно окрашиваться и в откровенно сексуальные тона. Например, один из больных, имевший 15 аквариумов, мог просиживать около них часами, испытывая половое возбуждение во время нереста. По крайней мере, в этом интересе проявляется концентрация на биологических аспектах существования животных.

Не всегда оценка этих увлечений окружающими однозначна, поскольку любовь к животным, граничащая с зоофилией, может перерастать в откровенно садистические действия. В подобном изменении отношения, по-видимому, отражается динамика увлечения, направленного на замещающий человеческий объект. В одном случае использование животного (кошки) носило даже сознательное замещение сформированного человеческого объекта, в отношении которого, однако, в тот период реализация садистических влечений была невозможна. Выбор животного для реализации эмоциональных, в том числе эротических, потребностей можно объяснить и желанностью данного объекта в силу отсутствия у него субъективности.

Садистические действия с животными способствуют ускорению динамики влечения, приводят к реализации садистических фантазий в отношении человеческого объекта, который нередко отождествляется с животным. Так, у одного из испытуемых первые в жизни действия в отношении женщины, направленные на продление ее мучений и включавшие тягчайшие повреждения с отрезанием ушей, выбиванием глаз и т.д., почти полностью повторяли его прежние многочисленные манипуляции с кошками, казнь которых всегда доставляла ему удовольствие и улучшала настроение. Во многом действия с животными объясняются аутистическим характером соответствующего садистического фантазирования, для «подпитки» которого используются переживания, возникающие во время их истязания. Точно так же, как затем легко осуществляется переход к человеческому объекту, это фантазирование одновременно насыщается нарциссическими элементами с мазохистской направленностью. Причем представляемые мучения подчас полностью идентичны тем, которым испытуемые подвергают животных.

Именно в этих фантазиях могут осуществляться истинные побуждения, тогда как в отношении другого человеческого объекта предпринимаются лишь условные, заместительные садистические действия. Иногда переход от животных к человеку опосредуется этапом замещающего фетишистского объекта, по отношению к которому, однако, предпринимаются те же самые действия. Так было в одном из случаев садистического поведения, которому предшествовало истязание животных с последующим их сожжением, сменившееся затем тягой к сжиганию женского белья. Параллельно могут осуществляться элементы садистических побуждений, не окрашенные в явно эротические тона, — укалывание одноклассников булавками, пачкание мелом одежды, издевательства над девочками и младшими школьниками и др. Это свидетельствует о том, что агрессивно-садистические действия приобретают собственную значимость.

Готовность к продуцированию сверхценных образований охватывает и чисто сексуальные проявления различных стадий либидо, что проявляется, например, уже на понятийной стадии в систематическом штудировании специальной литературы по половым вопросам, пристрастии к литературной и кинопродукции агрессивно-садистического и порнографического содержания, увлечении анатомией, повышенном интересе к строению тела, в особенности женских половых органов.

Для последних двух клинических феноменов оказывается возможным выделение критериев их патологичности, практически идентичных таковым же критериям аномальности парафильного поведения и заключающихся в совокупности следующих признаков: 1) аутохтонность; 2) стереотипность, клишированность представлений и интересов; 3) исчезновение связи с реальной (например, психотравмирующей) ситуацией; 4) аспонтан-

ность, проявляющаяся в непроизвольности, неодолимости, отчуждении; 5) связь с аффективными расстройствами; 6) приобретение данными феноменами либо активностью, с ними связанной, функции аддиктивной эмоциональной саморегуляции.

Дисморфофобические и дисморфоманические расстройства. По мере приближения к пубертатному периоду на первое место выступают расстройства, характерные для кризиса идентичности и связанные с комплексом неполноценности. Первоначально в его структуре появляется переживание своей недостаточности и несоответствия ожиданиям окружающих с легким возникновением чувства тревоги и невротических расстройств.

В дальнейшем эти неясные ощущения находят завершение в различных дисморфофобических (дисморфоманических) образованиях. Спектр их необычайно широк, разнообразен и включает как отдельные отрывочные и нестойкие идеи, имеющие более или менее реальную основу, так и более глобальные расстройства, отражающие стойкое убеждение в наличии несуществующего дефекта. Частым при этом был «симптом зеркала», когда испытуемые подолгу смотрятся в зеркало в поисках желаемых изменений. Иногда этот феномен «антинарциссизма» чисто поведенчески напоминает нарциссическое поведение, хотя в своих переживаниях представляет абсолютно противоположную основу. Нередко эти расстройства сосуществуют с явно нарциссическим восприятием своего тела и внешности. Это примечательно тем более, что обычно эти два феномена рассматриваются как альтернативные и противоположные друг другу.

Будучи причастными к расстройствам осознания «Я», в частности телесного «Я», данные психопатологические феномены смыкаются с деперсонализационными [Беззубова Е.Б., 1993]. Являясь одним из следствий слабой или нарушенной идентификации с маскулинной ролью, данный феномен рождает новые, например различные сенситивные идеи, которые не только переживаются, но и сказываются на поведении. Например, один из испытуемых с гомосексуальным влечением постоянно увиливал от мытья в группе мальчиков, не желая обнажать в присутствии сверстников свое «дефектное» тело. Такое поведение сближается с поведением лиц с измененным половым самосознанием, несмотря на различную в этих случаях мотивацию.

Таким образом, сочетание патологического фантазирования, сверхценных образований и расстройств влечений сближает психопатологические особенности группы лиц с парафилиями с клинической картиной патологического (дисгармонического) пубертатного криза. В их основе — ретардация психического развития, нарушающая в первую очередь закономерную этапность формирования самосознания и отношений: отношение к миру предметов, выделение человека из мира предметов, отношение к другому человеку как к субъекту и, наконец, идентификация себя как субъекта и объекта познания, как личности. Правомерность рассмотрения именно этих психопатологических феноменов объясняется не только тем, что они подготавливают основы клинического своеобразия более зрелых возрастных периодов, но и потому, что именно они во многом сами его определяют, а иногда и исчерпывают.

Нарушения сексуального онтогенеза (дизонтогенез половой идентичности). В отличие от предложенного J. Money определения половой идентичности как «ощущения принадлежности к определенному полу», представляется более целесообразным, рассматривая ее как аспект самосознания, учитывать как субъективную феноменологию, так и поведенческие прояв-

ления на различных этапах психосексуального развития. Отсутствие целостности полового самосознания вследствие незавершенности этапов его становления делает необходимым оценку всех этапов развития, не ограничиваясь сферой психосексуальных ориентаций.

Такие феномены представляют континуум от клинически очерченных патологических вариантов, подпадающих под содержащиеся в МКБ-10 критерии, до состояний субклинического уровня, являющихся патогенетической и патопластической базой расстройств, лежащих вне сферы полового самосознания. В целом клиническая картина нарушений ***базисной половой идентичности*** определяется в первую очередь расстройствами психического и физического «Я».

О нарушении психического «Я» свидетельствуют следующие феномены:

а) предпочтение игровой деятельности в группе противоположного пола с раннего детства (сколько себя помнит); иногда можно говорить об отсутствии предпочтения партнеров в играх по полу. Иногда испытуемые отвергают факт предпочтения, указывая на то, что «так сложились обстоятельства», однако это объяснение, даже если ему верить, очевидно, не имеет существенного значения — только в небольшом числе наблюдений можно констатировать, что этот феномен не нашел своего дальнейшего отражения в особенностях психосексуального развития;

б) смешанный характер игровой деятельности (предметно-инструментальный и эмоционально-экспрессивный) или не соответствующий полу. В литературе есть данные, что предпочтение игр с другим полом в детстве и избегание соревновательных спортивных игр в пубертате связаны с расстройствами половой идентичности [Rekers G., Morey S., 1989];

в) отождествление с театральными или литературными персонажами противоположного пола.

О нарушении физического «Я» свидетельствуют:

а) предпочтение внешних атрибутов другого пола. Здесь могут наблюдаться две противоположные тенденции — прямое предпочтение и утрированное противопоставление. Последнее, очевидно, носящее защитный характер, в большинстве случаев на момент поведения не осознается. Однако у достаточно интеллектуально сохранных испытуемых при обследовании выявляется ретроспективное сознание этого факта;

б) негативное восприятие собственного телесного облика. Характерным является то, что описанные среди дисморфоманических (фобических) феноменов нарциссические проявления могут сочетаться с тенденциями, свойственными противоположному полу и заключающимися в особом значении собственной привлекательности, живом отклике на похвалы своей внешности. Если учитывать эти особенности, то одновременное возникновение дисморфоманических и нарциссических тенденций вполне закономерно, поскольку обе они являются отражением неосознанного тяготения к некоему идеальному образу с женственными чертами независимо от сознательного стремления к соответствию маскулинным стандартам.

Клиническая картина ***полоролевой трансформации*** также определяется в первую очередь расстройствами психического и физического «Я».

О нарушении психического «Я» свидетельствуют следующие феномены:

а) переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола. И.С. Кон (1998) пишет, что ощущение непохожести на сверстников чрезвычайно характерно для гомосексуалов. Сознание своей непохожести вызывает чувство неловкости, напряженности, которое С. Бем называет неспецифическим автономным возбуждением, впоследствии эро-

тизирующимся. Гетеросексуальные дети чаще испытывают его в обществе представителей противоположного, а гомосексуальные — в обществе своего пола.

Понятно, что при аутистических и параутистических вышеописанных расстройствах, субъективные переживания подобного рода могут отсутствовать, однако общий смысл данного феномена — невозможность референции с ровесниками — остается неизменным;

б) предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой роли. Сюда относятся увлечение кулинарией, шитьем, сверхценное отношение к уходу за детьми или к ведению домашнего хозяйства и т.п. А.Я. Перехов (1996) также описывает у больных фетишным трансвестизмом с синдромом отвергания пола амфифилию и амфисоциальность;

в) элементы гиперролевого (гипермаскулинного) поведения, обусловленного гиперкомпенсацией трансформации.

О нарушении физического «Я» свидетельствует:

а) негативное восприятие физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола. В отличие от случаев транссексуализма речь идет о менее грубых расстройствах. Иногда мастурбация носит вычурный характер (между подушками, между ногами). Объяснить такое предпочтение можно было бы случайной находкой, однако обращает на себя внимание то, что при переходе к обычной мануальной мастурбации семяизвержение не наступает или ощущения «не такие сильные»;

б) стремление физически походить на противоположный пол или фобия такого сходства.

Нередко дисморфоманические переживания охватывают не какие-то части тела, а все тело, которое, например, может казаться более соответствующим строению и фигуре противоположного пола. Вследствие этих переживаний наступает резкое ухудшение коммуникации со сверстниками своего пола, хотя может не наступить адаптации и в группе противоположного пола, что ведет к недифференцированной половой социализации. Такие лица оказываются в полной изоляции, не будучи способны примкнуть к какой-либо референтной группе, обозначенной по половому признаку, и нередко проблема коммуникации разрешается не в «горизонтальном», а в «вертикальном» направлении, когда наиболее приемлемой становится группа младших по возрасту, причем избранных уже в соответствии с формирующимся объектом психосексуальной ориентации. В некоторых случаях подобные феномены были только в повторяющихся снах, где испытуемый видел себя в зеркале в женской одежде или без нее «особенно красивым».

На этапе формирования ***психосексуальных ориентаций*** для рассматриваемого варианта нарушений половой идентичности характерны:

а) генерализованное негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу с сосуществованием разнонаправленных (негативных и позитивных) эмоциональных установок. Враждебное отношение к женщинам и безличностный секс чаще всего наблюдаются у сексуальных агрессоров против женщин [Malamuth N., Linz D., Heavey C. et al., 1995]. N. Chodorow (1978) в качестве факторов, влияющих на искажение полоролевого поведения, выделяет: 1) отсутствие мужской идентификации (с отцом), без адекватной модели маскулинности мальчик вынужден себя утверждать в мужской половой роли путем отклонения в себе черт «фемининности», а также путем принятия культурных стереотипов маскулинности зачастую по гипермаскулинному типу; 2) потребность в эмоциональной

6 - 3935

зависимости, депривация которой приводит к тому, что у личности формируется страх близких эмоциональных контактов, способствующий возникновению тенденции к частой смене партнеров и неспособности к установлению длительных связей, основанных на чувствах, что формирует эмоциональное безразличие, дезинтегрирует сексуальность и сферу чувств. Таким образом, поскольку мужчина стремится идентифицировать себя с культурными эталонами маскулинности, он отклоняет в себе все то, что воспринимается им как нарушение этих эталонов. Потребность подавлять эти черты приводит его к представлению о «порочных и запретных» женщинах, потому что они кажутся ему воплощением отвергаемой «фемининности»;

б) предпочтение общения с женщинами. И.С. Кон (1998) отмечает, что жесткое психологическое давление побуждает мальчиков искоренять в себе женственность и большинство из них с этой задачей более или менее справляются. Однако тем, у кого фемининных задатков изначально больше, сделать это значительно труднее, процесс дефеминизации у них затягивается, порождая устойчивые, иногда продолжающиеся всю жизнь, сомнения в своей маскулинности. Такие мальчики уютнее чувствуют себя в менее соревновательном женском обществе;

в) психологическая неудовлетворенность при сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций);

г) выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола;

д) выбор сексуальной роли, более свойственной противоположному полу (в сексуальных контактах предоставление инициативы женщине, пассивная роль или элементы деперсонификации партнера, позы);

е) интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства (прежде всего в нормативных гетеросексуальных контактах).

Описана «редуцированная» маскулинность у мужчин с эректильной дисфункцией [Weiss P., Kozmikova T., Urbanek V., 1995].

Перечисленные проявления нарушений половой идентичности по основным характеристикам приближаются к вариантам расстройств половой идентичности (GID), предусмотренным МКБ-10, и отличаются от них прежде всего снижением осознаваемости их субъектом, что позволяет говорить о *патологическом неосознаваемом варианте* расстройства половой идентичности.

Поскольку проявления расстройств половой идентичности возможны на разных этапах психосексуального развития, а их диагностика считается одной из основных задач сексологического обследования при судебной экспертизе, на базе вышеописанных феноменов была создана Шкала нарушений половой идентичности (табл. 5.3). Основной ее особенностью является экспертный характер: оценку феномена и его выраженности у испытуемого дает врач-сексолог как эксперт. Другая особенность этой шкалы — стремление учесть как статический, так и динамический аспект проявлений.

Средняя степень нарушений квалифицируется как «искажение», выраженная — как «расстройство» половой идентичности.

Следует подчеркнуть, что ни один из признаков шкалы сам по себе не может быть однозначно расценен как патологический, поскольку его происхождение может быть различным. Только оценка степени выраженности (т.е. совокупности) предлагаемых признаков является критерием «отдаления» от весьма условного варианта нормативного развития. Данная шкала не рассчитана на резкое, «одномоментное» отделение нормы от патологии, но позволяет характеризовать континуум переходов между ними.

Таблица 5.3. **Шкала оценки нарушений половой идентичности**

Нумерация	Критерии	Оценка, баллы
1.	Этап формирования полового самосознания	0—21
1.1.	Психическое «Я»	0—12
1.1.1.	Предпочтение игровой деятельности в группе противоположного пола	3
1.1.2.	Смешанный характер игровой деятельности (предметно-инструментальный и эмоционально-экспрессивный) или не соответствующий полу	4
1.1.3.	Отождествление с персонажами противоположного пола	5
1.2.	Физическое «Я»	0—9
1.2.1.	Предпочтение внешних атрибутов другого пола	4
1.2.2.	Негативное восприятие собственного телесного облика	5
1.3.	Указанные проявления существуют (фиксируется отношение числа актуальных на данный момент признаков к числу выявленных)	0—3
1.3.1.	До 12 лет	0—1
1.3.2.	До 18 лет	0—1
1.3.3.	До настоящего времени	0—1
2.	Этап формирования полоролевого поведения	0—18
2.1.	Психическое «Я»	0—9
2.1.1.	Переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола	4
2.1.2.	Предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой роли	4
2.1.3.	Элементы гиперролевого (гипермаскулинного) поведения (увлечение силовыми видами спорта, стремление к выращиванию маскулинной фигуры, раннее курение, промискуитет)	2
2.2.	Физическое «Я»	0—9
2.2.1.	Негативное восприятие физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола	4
2.2.2.	Стремление физически походить на противоположный пол или фобия этого	5
2.3.	Указанные проявления существуют (фиксируется отношение числа актуальных на данный момент признаков к числу выявленных)	0—2
2.3.1.	До 18 лет	0—1
2.3.3.	До настоящего времени	0—1
3.	Этап формирования психосексуальных ориентаций	0—20
3.1.	Генерализованное негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу с сосуществованием разнонаправленных (негативных и позитивных) эмоциональных установок	4
3.2.	Предпочтение общения с женщинами	4
3.3.	Психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций)	5
3.4.	Выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола	3
3.5.	Выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола (в сексуальных контактах предоставление инициативы женщине, пассивная роль или элементы деперсонификации партнера, позы)	2

Нумерация	Критерии	Оценка, баллы
3.6.	Интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства (прежде всего в нормативных гетеросексуальных контактах)	2
3.7.	Указанные проявления существуют (фиксируется отношение числа актуальных на указанный момент признаков к количеству выявленных)	0—1
3.7.1.	До настоящего времени	0—1
4.	Интегративная оценка степени статической выраженности	
4.1.	Выраженная степень	40—59
4.2.	Средняя степень	20—39
4.3.	Низкая степень	0—19
5.	Интегративная оценка степени динамической выраженности	
5.1.	Выраженная степень	5—6
5.2.	Средняя степень	3—4
5.3.	Низкая степень	0—2

Механизмы психосексуального дизонтогенеза. Г.С. Васильченко с соавт. (1977, 1983) выделяют три вида сексуального дизонтогенеза: задержку, преждевременное половое развитие и дисгармонию (расхождение психо- и соматосексуального развития). Однако используемая ими шкала половой конституции не учитывает многокомпонентность психосексуального развития.

Общие закономерности патологии психосексуального развития вытекают из нарушений нормативных его характеристик:

а) в норме фаза научения должна предшествовать фазе реализации. При обратном соотношении (как бывает, например, при совращении детей с ранним половым созреванием) продемонстрированная модель сексуального поведения, ситуативно связавшаяся с эмоциональным стрессом по механизму импринтинга, стереотипно воспроизводится в последующем, блокируя нормативные проявления. Самый частый пример — копирование акта гомосексуального насилия жертвой в роли агрессора. Если же фаза реализации по каким-то причинам выпала на своем этапе, то она может переноситься на более поздние, приобретая регрессивную форму, примером чего является типичная сексуальная активность педофила (разглядывание и ощупывание половых органов);

б) при нарушении развития сексуальности на ранних стадиях ослабление биологической детерминации полового поведения выражено в минимальной степени, что проявляется в повышении «удельного веса» агрессивных действий и частой недифференцированности сексуального объекта при парафилиях;

в) клиническая картина нарушений психосексуального развития будет складываться из проявлений расстройств на этапе воздействия патогенного фактора (возможно, в ходе развития частично компенсированных) и феноменов искаженного формирования последующих этапов.

В то же время можно говорить и об относительной независимости нарушений на разных этапах. Так, у транссексуалов с инверсией половой роли может наблюдаться направленность влечения на людей такого

же психического пола или садизм, а выраженная полоролевая трансформация может сочетаться с гетеросексуальной направленностью либидо.

Отсутствие или нарушение ранних этапов психосексуального развития приводят к грубым деформациям, затрагивающим ядро личности, которые по аналогиям с психопатиями можно назвать «ядерными». Если же воздействие патогенных факторов приходится на завершающий этап, то развиваются «краевые» — поверхностные, легкие расстройства.

Расстройства формирования базовой половой идентичности. Нарушения фазы научения. Расстройства базовой половой идентичности могут определяться различными патогенными механизмами, затрагивающими обе фазы. Так, нарушения фазы научения могут быть связаны с искаженностью усвоения половых различий. Чрезвычайно велика в этом роль родителей.

Еще Фрейд указывал на семейные факторы, способствующие развитию гомосексуальности. В одном случае это властная, авторитарная мать и со слабым характером отец, т.е. имеется дефицит мужского начала, — мальчику не с кем идентифицироваться; в другом случае, наоборот, слишком сильный и жесткий отец, подавляющий ребенка, вызывает у мальчика эффект отталкивания и психологическую феминизацию. Однако такая полярность вариантов заставляет задуматься над тем, что они не являются непосредственными причинами гомосексуальности, а обусловливают развитие состояния, которое становится предиспозицией к ней.

Роль отсутствия отца в семье в генезе расстройств половой идентичности неоднократно подтверждалась многими исследователями [Rekers G., Mead S., Rosen A., Brigham S., 1983, и др.]. В семьях без отцов достоверно чаще встречаются расстройства половой идентичности у мальчиков [Rekers G., Swihart J., 1989]. Отсутствие отца обедняет маскулинность самообраза и межперсональные отношения у мальчиков [Beaty L., 1995]. Однако необязательно речь идет о физическом отсутствии — главную роль играет эмоциональная близость, которой нет в семьях гомосексуалов [Harry J., 1989]. Препятствием к этой близости может являться алкоголизм, и даже возраст, в котором отец оставляет семью, по-разному сказывается на становлении гомосексуальной ориентации [Андреев А.С., 1993].

Роль матери представляется другой. Даже желание матери во время беременности иметь девочку, а не мальчика, коррелирует с фемининностью мальчиков, если в семье уже были мальчики [Zucker K, Green R., Garofano C. et al., 1994]. S. Marantz, S. Coates (1991) описали особенности матерей мальчиков с расстройствами половой идентичности: у них чаще, чем у здоровых, встречались депрессивные расстройства и пограничные расстройства личности; чаще наблюдался симбиоз с детьми и попытки ограничить автономность. M. Forgatch, M. Stoolmiller (1994) считают, что эмоциональные реакции матерей более важны, чем отцов, — это предиктор отклоняющегося поведения в подростковом возрасте.

Сравнение групп лиц с парафилиями и лиц, совершивших изнасилования, показывает, что лица с парафилиями воспитывались без отца почти в 2 раза чаще, чем лица без таковых, а более 20 % лиц с педофилией получили воспитание в детском доме [Введенский Г.Е., 2000].

Для лиц с аномалиями сексуального влечения оказывается характерной эмоциональная близость с матерями, особенно это присуще эксгибиционистам. В случае сохранения эмоциональной близости (и тем более симбиотических отношений) жесткие, властные матери формируют у ребенка искаженное обобщенное представление о женщинах. Так, испытуе-

мый А. утверждал, что все женщины — жестокие, решительные, что собственно было характеристикой его матери. Серийный убийца С. даже осознавал, что выбрал себе жену, похожую на мать, и их отношения повторяли таковые с матерью. Для такой идентификации и характерно двойственное, амбивалентное отношение к женщинам: сочетание привязанности с ненавистью, что в некоторых случаях сопровождалось инцестуозными снами с поллюциями.

Таким образом, нарушения фазы научения определяются двумя факторами: 1) эмоциональной близостью с матерью, которая становится особо патогенной в отсутствие отца при наличии у матери маскулинных черт; 2) для лиц с педофилией оказывается значимым отсутствие родительских образов.

Нарушения фазы реализации могут быть связаны с отсутствием игр, удовлетворяющих любопытство к строению половых органов, что в дальнейшем, возможно, получает отражение в типично педофильном поведении.

А.С. Андреев (1993) описывает при варианте гомосексуальной ориентации с низким вкладом биологических факторов ранний интерес к сексуальным играм. У детей с аутизмом отмечены особенности половой идентификации [Каган В.Е., 1981]: первые вопросы о различии полов, происхождении детей отчетливо запаздывают, идентификационное предпочтение игр выражено слабо. Практически полностью отсутствуют игры в «доктора», «папу и маму». Вместе с тем уже в дошкольном возрасте могут быть манипуляторная мастурбация, условно сексуальные проявления, «оргастические ритуалы». Иногда при грубоорганических картинах это носит характер сексуального интереса к людям при отсутствии общения как такового. При аутизме встречаются и предпочтения игрушек и игр противоположного пола [Williams P., Allard A., Sears L., 1996].

Для лиц с аномальным сексуальным поведением характерно выпадение игр с разглядыванием и ощупыванием органов противоположного пола. Однако у лиц с аномалиями сексуального влечения память на события раннего детства в большинстве случаев сохранена плохо, а запоминание подобных событий часто связано именно с аффективной, чаще всего несексуальной, окрашенностью подобных событий, которая тем не менее впоследствии могла оцениваться как эротическая. Более того, иногда в пубертате или после начинали воспроизводиться именно такие эпизоды. При последнем варианте клинически прослеживается стремление к воспроизведению отдельных стимулов первичной ситуации («задорный детский смех» испытуемого Е., стремление, чтобы мальчик помочился в рот — испытуемый К.).

Оценка ранней сексуализации поведения должна быть осторожной — сексуальный интерес в первичной ситуации часто приписывается ретроспективно. Однако даже при таком подходе ранняя допубертатная мастурбация и сексуализация поведения достоверно чаще встречаются в группе лиц с парафилиями. При шизофрении достаточно типична мастурбация с эякуляцией без оргазма, а при органическом поражении ЦНС чаще наблюдается обратный вариант — оргазм без эякуляции. Также достоверно чаще лица с парафилиями начинали половую жизнь до 12 лет или с ненормативных сексуальных контактов.

Таким образом, для лиц с нарушениями половой идентичности в основном характерны выпадения этапа любопытства к половым органам противоположного пола, однако ранняя допубертатная мастурбация и сексуализация поведения более присущи лицам с парафилиями.

Расстройства половой роли. Л.М. Василенко (1995) описывает при мужском варианте транссексуализма этап латентной половой идентификации: поведение в духе «нейтрального пола», когда усвоение противоположных полоролевых качеств было замедлено, наблюдалась противоположная компенсаторная активность на идеаторном уровне (мечтах, фантазиях, сновидениях), трансвестизм был частичным и эпизодичным. Длительность этого этапа была различной. У 70 % мужчин он затягивался до 16—17 лет, полоролевые отклонения носили скрытый характер и проявлялись избирательно, в приемлемой обстановке. Далее развивались противоположная ролевая компенсация и актуализация внутриличностного конфликта.

А.С. Андреев (1993) описывает при типичном конституциональном варианте гомосексуальной ориентации гетеросоциальность и гетерофилию с детства, трансвестизм (с целью комфорта), фантазии отождествления с женщиной (с сексуальным оттенком без примерки социальной женской роли); при типичном варианте патосексуального развития с высоким вкладом биологических предиспозиционных факторов наблюдались амфофилия и амфосоциальность, после накопления опыта понятийной стадии и последующей гомосексуальной инициации — этап сомнений в собственной сексуальной идентичности; при варианте с низким вкладом биологических факторов отмечались социализация по маскулинному типу, формирование мужской половой роли.

Среди сексуальных преступников нарушения ф а з ы н а у ч е н и я проявляются в сохранении равнозначности признаков пола. При этом внешние признаки пола в последующем начинают играть роль основы для ролевой самоидентификации (одежда — при трансвестизме, отдельные тактильные стимулы или запах — при фетишизме) или обусловливают поверхностное (внешнее) усвоение половой роли. (Испытуемый В.: «Раз я ношу штаны, значит, я мужчина».) Характерно также отсутствие понимания отличия женской психологии от мужской.

Нарушения ф а з ы р е а л и з а ц и и характеризуются отсутствием ролевых игр («дочки-матери» и др.), что приводит к недостаточному усвоению и пониманию половых стереотипов поведения как в общем плане (асоциальное поведение), так и в сексуальном (нет фиксированного сексуального сценария, выражено сексуальное экспериментирование в виде девиаций). При этом формируются гиперролевое поведение и трансформация половой роли как варианты компенсации неосознаваемого несоответствия идеалу маскулинности или фемининности.

Таким образом, характерными для нарушений половой идентичности представляются сохранение равнозначности признаков пола и выпадение ролевых игр или этапа дистинкции.

Расстройства психосексуальной ориентации. Л.М. Василенко (1995) отмечает при мужском варианте транссексуализма сохранение порядка стадий психосексуального развития с удлинением фаз платонического и эротического либидо, запоздалым формированием сексуального либидо в 60 % случаев мужского транссексуализма. При формировании гомосексуальной ориентации в случае типичного варианта патосексуального развития с высоким вкладом биологических предиспозиционных факторов «пубертат отсрочен, платонической стадии нет», наблюдается мастурбация без эякуляции и оргазма, далее «утилитарно-гедонистическая мотивация, промискуитет, безличный секс, эпизодические гетеросексуальные связи, всегда с сексуальными нарушениями» [Андреев А.С., 1993].

А.Я. Перехов (1996) подчеркивает при фетишистском трансвестизме отсутствие платонического и преобладание эротического либидо. У сексуальных преступников часто выявляются нарушения психосексуального развития, расстройства сексуальной жизни, сексуальные девиации и атипичная ЭЭГ [Raboch J., Hynek K. Wernischova M., 1991].

Среди сексуальных преступников наблюдается чаще не только отставание по времени стадии психосексуальных ориентаций, но и изменение порядка чередования этапов развития.

Платоническое либидо. Нарушение ф а з ы н а у ч е н и я проявляется в редукции этого компонента либидо. Многие испытуемые при рассказах о своих сексуальных партнершах не могут описать их как персон, дать им личностную характеристику. При этом обращает на себя внимание отсутствие сопереживательного, эмпатийного компонента; в выраженных случаях отмечаются неспособность дифференцировать половое влечение от эрекции.

При отсутствии на этом этапе ф а з ы р е а л и з а ц и и она переносится на более поздние, часто замещая собственно эротическую и сексуальную активность и приобретая гротескный, гипертрофированный вид. Это проявляется, например, в «обожествлении» женщины (комплекс Мадонны) при психологической неудовлетворенности в сексуальных контактах. В последующем у таких пациентов наблюдаются садистические действия по отношению к женщинам (сохранение стереотипа путем «перевертывания»). Фактически это не фаза либидо, а подсознательный выбор референтной группы в рамках аутоидентификации. Совпадение объекта референции и объекта сексуального влечения ведет к двойственному эмоциональному отношению к нему — «любовь и ненависть», сексуальная притягательность и враждебность.

Среди лиц с парафилиями по сравнению с совершившими изнасилование чаще встречается гипертрофия платонической фазы либидо с редукцией сексуального.

Эротическое либидо. Отсутствие у ряда пациентов эротических фантазий, интереса к литературным описаниям и визуальному ряду соответствующих сцен, непонимание необходимости ласки, поцелуев или отвращение к ним, пренебрежение к прелюдии полового контакта предполагают нарушение ф а з ы н а у ч е н и я.

При нарушении ф а з ы р е а л и з а ц и и эротические фантазии при раннем соматосексуальном созревании могут получать оргастическое подкрепление, что в отсутствие контактов с другим полом может приводить либо к аутоэротической фиксации, либо к внедрению в содержание фантазий девиантных представлений с последующим приобретением ими патологической формы и появлением снов инцестуозного характера с поллюциями. У мужчин фантазии становятся более сильным сексуальным стимулом, чем реальный объект, иногда наблюдается психический онанизм.

Ласки с оргазмом могут привести к задержке формирования сексуального компонента либидо. Наблюдается мастурбация с аутоэротической направленностью или образ партнера в фантазиях, что приводит к фиксации на подобных формах активности, получению психологического удовлетворения в основном при ласках с обесцениванием собственно полового акта.

Сексуальное либидо. Отсутствие психологического удовлетворения, несмотря на оргазм при стандартных гетеросексуальных контактах, а также эпизодическое или перманентное изменение активности представляется

связанным с нарушением фазы научения. Характерны отсутствие эрекции или эякуляции при первом половом акте, испытуемые не видят разницы в ощущениях между мастурбацией, гомо- и гетероконтактами; часто мастурбация сосуществует с брачными отношениями или гетеросексуальными связями.

Нарушение фазы реализации проявляется в особенностях выбора объекта. Часто предпочтительным оказывается гомосексуальный, особенно при условии осознания направленности влечения. При отсутствии его осознания такой выбор может проявляться неожиданно для субъекта, часто в состоянии опьянения наблюдаются импульсивные акты гомосексуального насилия с садистическими действиями, что вступает в резкое противоречие с декларируемой в обычном состоянии гомофобией. При бисексуальном выборе наблюдаются безличностные эпизодические контакты, что сходно с синдромом неразличения сексуального объекта. При гетеросексуальном объекте у мужчин иногда осуществляется геронтофильный выбор. Неосознанный выбор объекта проявляется в наличии эякуляции или ее облегчении при контактах со своим полом. Парциальное сохранение равнозначности признаков пола приводит к фиксации на них сексуального либидо, т.е. они могут становиться объектами влечения (фетишизм).

Таким образом, для расстройств половой идентичности при парафилиях характерны два варианта нарушений этапа психосексуальных ориентаций: гипертрофия платонического либидо с редукцией сексуального и опережение сексуальным либидо других компонентов при их редукции.

Шкала сексуального дизонтогенеза (табл. 5.4). На базе вышеописанных проявлений сексуального дизонтогенеза была создана шкала, в которой отдельно оцениваются феномены опережения или задержки сомато- и психосексуального развития, дается более подробная характеристика как психо-, так и соматосексуального развития. Однако главное отличие предлагаемой шкалы от шкалы половой конституции — экспертная оценка. Представляется, что при всей видимой объективности последней большинство ее показателей основано на информации, получаемой от пациента. При сверхценном отношении к сексуальной сфере искажение их практически неизбежно, поэтому при составлении шкалы дизонтогенеза возраст появления какого-либо феномена учитывается в рамках достаточно широких интервалов, имеющих тем не менее определенное онтогенетическое значение (периоды формирования полового самосознания, половой роли, психосексуальных ориентаций). В то же время для каждого признака граница интервала определялась с учетом и фактической распространенности в контингенте, проходившем экспертизу, т.е. та величина, за пределы которой выходили только очень редкие, казуистические случаи. Переход к экспертной оценке в баллах, естественно, не гарантирует объективность эксперта, однако обеспечивает по крайней мере примерно одинаковую степень искажения для всех обследованных.

Оценка психосексуального развития часто представляет собой сложную проблему, которая, естественно, не может исчерпываться применением шкалы. Так, иногда встречается сочетание феноменов, отнесенных к проявлениям задержки и опережения психосексуального развития (например, отсутствие периода дистинкции и ранняя сексуализация поведения), что было обозначено понятием «сложная дисгармония пубертата». Для качественного определения репрезентативности и валидизации шкалы, безусловно, необходимы исследования разных возрастных групп в здоровой популяции.

Таблица 5.4. **Шкала оценки сексуального дизонтогенеза**

Нумерация	Критерии	Оценка, баллы
1.	Оценка составляющих сексуального развития	−42—42
1.1.	С опережением соматосексуального развития	0—21
1.1.1.	Диспластические варианты конституции	0—2
	Низкорослый атлетико-диспластический	2
1.1.2.	Оволосение	0—9
	лобка до 12 лет	2
	подбородка до 15 лет	3
	гипертрихозы до 15 лет	4
1.1.3.	Форма первой эякуляции	0—10
	при ночной поллюции до 11 лет	2
	при ранней допубертатной мастурбации	3
	при ненормативных гетеросексуальных или гомосексуальных контактах до 11 лет	5
1.2.	С опережением психосексуального развития	0—21
1.2.1.	Период половой идентичности	0—3
	ранняя допубертатная мастурбация с психическим оргазмом	1
	ранняя сексуализация поведения (до 7 лет)	2
1.2.2.	Период половой роли	0—7
	раннее (до 12 лет) начало нормативных сексуальных контактов	3
	раннее (до 12 лет) начало половой жизни с ненормативных гетеросексуальных или гомосексуальных контактов	4
1.2.3.	Период психосексуальных ориентаций	0—11
	опережение сексуальной фазой либидо других фаз	5
	редукция или отсутствие платонической и эротической фаз либидо	6
1.3.	С задержкой психосексуального развития	−21—0
1.3.1.	Период половой идентичности	−3—0
	отсутствие любопытства, направленного на половые признаки, до 7 лет	−3
1.3.2.	Период половой роли	−7—0
	отсутствие периода проявлений межполовой агрессии или негативизма (дистинкция)	−7
1.3.3.	Период психосексуальных ориентаций	−11—0
	гипертрофия платонической фазы развития либидо	−5
	редукция или отсутствие эротической и сексуальной фаз либидо	−6
1.4.	С задержкой соматосексуального развития	−21—0
1.4.1.	Диспластические варианты конституции	−2—0
	инфантильно-грацильный	−1
	астенически-евнухоидный	−2
1.4.2.	Пороки развития урогенитального аппарата	−1
1.4.3.	Гинекоморфия (индекс Таннера менее 83,7)	−1
1.4.4.	Оволосение	−7—0
	лобка позже 16 лет	−3
	подбородка позже 18 лет	−4
1.4.5.	Форма первой эякуляции	−10—0
	при ночной поллюции позже 16 лет	−2
	при половом акте позже 18 лет	−3
	при ненормативных гетеросексуальных или гомосексуальных контактах позже 18 лет	−5

Нумерация	Критерии	Оценка, баллы
2.	Тип дизонтогенеза	
2.1.	Задержка тотальная	
2.2.	Дисгармония	
2.2.1.	Дисгармония с опережением соматосексуального развития	
2.2.2.	Дисгармония с опережением психосексуального развития	
2.2.3.	Дисгармония с ретардацией соматосексуального развития	
2.2.4.	Дисгармония с ретардацией психосексуального развития	
2.2.5.	Дисгармония с опережением соматосексуального развития и ретардацией психосексуального	
2.2.6.	Дисгармония с опережением психосексуального развития и ретардацией соматосексуального	
3.	Интегративная оценка (степень выраженности)	
3.1.	Дисгармония — по абсолютной разнице баллов задержки и опережения (или норматива), степень:	
	выраженная	22—42
	средняя	11—21
	легкая	1—10
3.2.	Задержка (по сумме баллов), степень:	
	выраженная	14—21
	средняя	9—13
	легкая	До 8

5.9.2. Клиническая картина нарушений половой идентичности и парафилий

Объективные феномены

Объектный выбор. *Половозрастные характеристики искажения объекта.* Выбор объекта может оцениваться как самим испытуемым, так и экспертом. Здесь уместно рассмотреть его оценку с точки зрения эксперта.

В некоторых случаях жестко фиксированного гомосексуального выбора удается выявить в анамнезе пациента гомосексуальное насилие в раннем возрасте. При преждевременном половом созревании иногда можно было предполагать связь пола соучастника ранних опытов сексуального поведения (имитация коитуса, взаимная мастурбация) с эмоционально положительным подкреплением в виде эротических ощущений и последующим половым предпочтением, даже после периода нормативных связей.

Кроме фиксированного гетеро- и гомосексуального выбора, при синдроме недифференцированного сексуального объекта [Старович З., 1990] полодиморфические признаки перестают играть какую-либо роль в возникновении сексуального влечения, которое реализуется при любом объекте. Выбор по полу может меняться в течение болезни.

Привлекает внимание то обстоятельство, что вышеупомянутая смена пола сексуального объекта наблюдается тогда, когда предпочитается объект, чей возраст не превышает подростковый. В преобладающем большинстве случаев выбор по возрасту фиксирован. В частности, при гомосексуальном насилии возраст, в котором пациент подвергся насилию, и воз-

раст предпочитаемого сексуального объекта совпадали. Такое же соответствие с возрастом партнера по сексуальным играм наблюдается иногда и при ранней сексуализации поведения.

Для некоторых испытуемых характерна динамика изменения возраста объекта по мере развития болезни — совпадающая с взрослением пациента и обратная.

Внешние признаки объекта. При анализе выбора объекта обращает на себя внимание, что, как правило, жестко фиксируются не только пол и возраст, но и внешние данные — тип телосложения, цвет волос, особенности одежды и т.п. Связь между каким-либо внешним признаком объекта (стимулом) и паттерном аномального сексуального поведения может не осознаваться пациентом, однако достаточно часто четко прослеживается экспертом. Иногда удается установить происхождение эталона. Так, у испытуемого Б., обвиняемого во множественных нападениях на подростков, персонаж-эталон контактировал с ним в период времени, связанный с ситуацией гомосексуального насилия, и, хотя он не был прямо причастен к этой ситуации, у испытуемого сохранились в памяти те негативные чувства, которые он ранее испытывал.

Для удобства изложения материала исследований воспользуемся представлением об анализаторах как каналах коммуникации [Дерягина М.А., 1987] с выделением визуального, слухового, тактильного и ольфакторного.

Основные модальности. А. В и з у а л ь н ы е. У лиц с парафилиями часто отмечается сексуальное возбуждение при виде крови — чужой или собственной. Иногда природа этого возбуждения не осознается — испытуемые рассказывают, что с детства или плохо переносили вид крови («тошнота, слабость»), или ощущали возбуждение, не понимая его характера. По-видимому, похожим действием, по крайней мере для человека, обладает и черный цвет: так, у некоторых испытуемых с парафилиями стимулом, запускающим сексуальное поведение, служили черные колготки, лосины («фетишистско-талисманная» стратегия, по J. Money, 1990). Известна роль черной кожаной одежды при садомазохистических практиках.

Интересно, что ряд пациентов одинаково однозначно расценивают обильную косметику, обтягивающие брюки или джинсы, укороченные юбки как признак «доступности» жертв, оправдывая свое агрессивное поведение по отношению к ним.

Иногда у гомосексуальных лиц отмечается выбор объектов сексуального влечения по отдельным признакам, ставшим эротическими стимулами, — размерам полового члена, степени оволосения, усам.

При шизофрении визуальные стимулы могут носить необычный характер: например, один испытуемый специально ставил жертв — несовершеннолетних мальчиков — в профиль, так как другие ракурсы не вызывали сексуального возбуждения. У другого больного сексуальное возбуждение наступало при виде женщины, испытывающей острое желание помочиться (мы не касаемся здесь вопроса, на основании каких признаков и насколько адекватно проводилось им распознавание такого состояния). Другое наблюдение касается восприятия такого сложного стимула, как текст: больной описывал возникновение сексуального возбуждения с эрекцией при чтении работы К. Юнга «Метаморфозы либидо» (что логически объяснимо), а также Ф. Ницше «Гибель богов» (что объяснить гораздо труднее).

По-видимому, определенные особенности поведения, в частности невербального, могут также служить стимулом сексуального возбуждения. Одна пациентка рассказывала о случае, когда на нее в возрасте 7 лет сексуально посягал взрослый мужчина, который внешне производил впечатле-

ние психически больного, воспоминания об этом сохранились с положительной эмоциональной окраской. Другой пациент с эксгибиционизмом в качестве первого объекта выбрал также психически больного. Интересно, что в приведенных примерах давалось одинаковое объяснение такого выбора: «не было чувства ответственности за свое поведение». Оставляя в стороне вопрос об адекватности такого объяснения, отметим, что подобный механизм может обусловливать тот факт, что жертвами сексуального насилия часто становятся психически больные и умственно отсталые.

Созерцание определенных видов деструктивного поведения также может служить стимулом сексуального возбуждения. Наиболее распространенными из них являются мучения животных (удушение руками или путем повешения, расчленение), часто встречающиеся в пубертате у лиц с садизмом. Нетривиальным примером является случай, когда больной испытывал оргазм при представлении своей рвущейся на куски одежды под колесами проходящего поезда (причем одежда обязательно должна была быть новой, употреблявшейся не более 1—2 раз).

Б. Аудиальные. Информацию о стимулах этой модальности получить у испытуемых труднее, возможно, из-за того, что их связь с аномальным паттерном поведения осознается хуже за счет меньшей представленности (репрезентации) этих стимулов в сознании. Один из испытуемых, совершивший серию убийств женщин, рассказывал, что стук женских каблуков среди ночной тишины вызывал у него неодолимое желание преследовать женщину, а стоны и хрипы жертв усиливали ярость. При шизофрении подобные явления обнаруживаются достаточно часто: сексуальное возбуждение наступало при звуке льющейся мочи, «звонкого детского смеха».

В. Тактильные. Необходимо подчеркнуть, что многие пациенты с парафилиями крайне плохо описывают свои телесные ощущения, особенно связанные с изменением эмоционального состояния, хотя в сексуальном поведении они играют особую роль, так как прикосновения у большинства людей несут эротизирующую нагрузку. Можно предполагать, что часто при парафильном поведении функционирование этих анализаторных систем нарушается, так как субъект зачастую не может добиться эякуляции при сексуальном контакте с жертвой, тогда как при фантазировании (т.е. в ответ на зрительные стимулы), сопровождающемся мастурбацией, она достигается легче.

Значительную роль этот вид стимулов играет при фетишизме: так, один испытуемый онанировал с обувью детей, которая должна была быть сделана из гладкой кожи; у другого возбуждение вызывала «гладкая и скользкая» поверхность колготок.

Г. Ольфакторные (запахи). Стимулы подобной природы удается распознать очень редко, так как в сознании большинства людей они представлены слабо. При органических поражениях ЦНС, однако, нередко встречается повышенная чувствительность к запахам. У таких испытуемых удается получить интересную информацию: описывается, например, сексуально возбуждающий или вызывающий агрессию запах женщины во время месячных; у лиц с «обувным» или «ножным» фетишизмом — запах ступней. У испытуемого Е., совершившего серию убийств женщин, патологический паттерн поведения, заключавшийся в изнасиловании с последующим нанесением множественных ножевых ударов, запускался запахом духов и алкоголя, исходившими от жертв.

В клинической картине парафилий встречаются феномены, позволяющие также предполагать функциональную блокировку этого анализатора

при реализации некоторых видов аномального сексуального поведения. Наиболее ярким примером являются уро- и копролагнии. Например, один больной пил мочу и ел кал понравившихся ему женщин, а при беседе он сравнивал эти ощущения с теми, которые бывали после плотного обеда, а запах для него носил субъективно приятный характер. Другой субъект размазывал кал по телу жертвы, между тем как вне подобных состояний он отличался повышенной брезгливостью и чистоплотностью.

Д. Другие стимулы. Стимулом сексуального поведения могут выступать и знаки, символы социального плана («избирательно-клейменная» стратегия, по J. Money). Так, у одного пациента им служил высокий социальный статус женщины, независимо от ее возраста и внешности. В другом наблюдении сексуальное возбуждение у женщины наступало только в том случае, когда она ложилась голой на постель, а муж посыпал ее деньгами, которые «возбуждающе касались тела». У некоторых гомосексуалов сексуальная привлекательность объекта связана с ношением формы — военной, милицейской [Введенский Г.Е., 1994].

Запускающие и направляющие стимулы. В клинической картине парафилий можно проследить закономерность, заключающуюся в том, что одни стимулы *запускают* поведение (внешние факторы: сокращение индивидуального расстояния — в лифтах, стук каблуков, вид жертвы; внутренние: вегетативные и эмоциональные сдвиги), другие — *направляют* или прерывают стереотип аномального сексуального поведения. Примером последних могут быть различные реакции объектов актов эксгибиционизма: это не только испуг, но и насмешка, даже проявление сексуальной заинтересованности и в некоторых случаях нарочитое невнимание; слезы, однако, чаще прерывали паттерн поведения. Молчание жертвы у некоторых садистов прерывало поведение, а стоны усиливали возбуждение, однако могли отмечаться и обратные феномены.

Психологическое объяснение вышеописанных случаев представляется неубедительным именно вследствие того, что они выявлялись у многих пациентов независимо от личности, биографии и психического заболевания. Последнее заставило обратиться к этологическому уровню анализа, в частности к концепции релизеров. Понятие релизера как стимула (причины) определенного действия или поведения впервые появилось в рамках этологии. К. Лоренц определял релизеры как «морфологические признаки или инстинктивные действия» (в большинстве случаев сочетанные). Применение этого понятия в феноменологии человеческого поведения не является обычным, однако, как будет видно из нижеследующего, оно представляется перспективным и в аспекте описания, и в плане интерпретации поведения.

Выбор активности. *Формальные характеристики искажения активности.* Многообразие клинических проявлений парафилий в поведенческом аспекте, которое простирается от сексуального поведения, близкого к нормативному (как, в частности, при раптофилии, когда обычный гетеросексуальный половой акт просто предваряется обязательным принуждением к нему), до внешне бессмысленных и немотивированных нападений с нанесением множественных ножевых ранений или убийствами, заставляет искать достаточно простые и в то же время фундаментальные принципы классификации видов активности, которые могли бы быть приложимы к любому человеку, независимо от его прошлого опыта или текущего состояния. Другими словами, они должны быть видоспецифическими. Очевидно, на данном этапе развития психологии и психиатрии мы можем сделать только определенные шаги к этому идеалу.

В классификации видов активности могут быть использованы разные критерии — в зависимости от контекста анализа. Предлагаемые ниже критерии, разумеется, априорно нельзя считать исчерпывающими.

I. По пространственному критерию (дистанции между субъектом и объектом) среди парафилий могут быть выделены следующие.

А. Дистантные. К ним можно отнести поведение, связанное с демонстрацией половых органов (эксгибиционизм), подсматриванием за сексуальным актом (вуайеризм, скоптофилия), подслушиванием (эксаудиризм) и др. Как можно заметить, общим для них, кроме расстояния между субъектом и объектом, является вытекающее из этого обстоятельство преимущественного использования дистантных анализаторов (зрительного, слухового и обонятельного). По-видимому, имеет смысл упомянуть, что в эту группу следует отнести «психический» садизм или мазохизм, хотя в большинстве подобных случаев трудно выделить ведущую модальность. При шизофрении таковой часто является аудиальная: один из пациентов получал удовлетворение, запугивая незнакомых девушек по телефону; если же в последующем он добивался личных встреч, то при них стремление к запугиванию исчезало.

Б. Контактные. К этой группе относятся все виды поведения, связанные с непосредственным контактом субъекта и объекта: ощупывание половых органов при педофилии, физические истязания жертвы при садизме и т. д. Понятно, что при этих видах поведения подключается тактильная модальность.

II. По направленности активности (здесь используются представления об основных направлениях этогенеза: освоение пространства собственного тела, экстракорпорального пространства и коммуникативное поведение).

А. На себя. Сюда относятся манипуляции с собственным телом (мастурбация, аутоагрессия, скарфинг), которые подразумевают ведущую роль тактильной модальности. Зрительные стимулы преобладают при переодевании в женскую одежду перед зеркалом (трансвестизм двойной роли, аутомоносексуализм).

Б. На других людей.

В. На предметы. Кроме очевидного фетишизма в эту группу следует отнести фетишистский трансвестизм (зрительная модальность), случаи уро- и копрофилии (обонятельная). В этом смысле примеры сексуальной активности с животными (зоофилия), трупами (некрофилия), некросадизма, каннибализма являются как бы промежуточными между «Б» и «В». В этих случаях несомненна особая роль тактильной модальности.

III. По наличию обратной связи. Этот критерий в сущности определяет, имеет ли данный вид активности коммуникативный компонент. При направленности поведения на неживой объект (предмет) ответ на данный вопрос очевиден, однако при выборе в качестве объекта других людей дело обстоит сложнее: в динамике, например, эксгибиционизма можно иногда заметить, как требуемая вначале реакция испуга сменяется на предпочтение насмешки, унижения, а затем реакция жертвы перестает влиять на поведение (один испытуемый специально становился так, чтобы быть видимым самому, но не видеть женщину, особенно лицо). Исчезновение коммуникативного компонента — важный критерий динамики.

IV. По модальности. Надо отметить, что использование этого критерия при садизме, мазохизме и гомицидомании затруднено, так как в клинической практике не всегда можно четко определить, какая модальность при подобных видах поведения является ведущей — для одних испытуемых стимулом является вид крови, ран, униженной позы жертвы, для других —

стоны, хрипы при удушении, для третьих — физическое сопротивление или судороги жертвы в своих руках и т.п.

Психопатологический подход к нарушениям ***поведенческого компонента*** половой идентичности позволяет квалифицировать ***формальные характеристики*** поведения. К ним относятся ритуализация, амбитендентность и процессуальность.

Ритуализация (клиширование). Стереотипность сексуального поведения, характерная для многих лиц с парафилиями, выражается в предсказуемости без обратной связи, что проявляется в стремлении осуществить определенную активность, например выражающуюся в фелляции или анальном коитусе, или ощупывании половых органов. При этом осуществление стереотипа в полном объеме и достижение эмоционального состояния в разной степени зависят от реакции партнера — от абсолютной спонтанности до жесткой обусловленности, например реакцией испуга. С клинической точки зрения можно было говорить о клишированности поведения.

Другое выражение клишированности поведения — связь его с определенной территорией. В клинической картине парафилий часто выявляется связь аномального сексуального поведения с окружающей обстановкой. Последняя может повторять ситуацию первого правонарушения (у эксгибиционистов и садистов часто наблюдается локализованный ареал). Так, один из испытуемых описывал возникновение влечения к нападению на девочек-подростков, когда он оказывался в районе высотных домов, где он их обычно и совершал; в других районах города или в других местах такого желания не возникало. Обстановка также может быть обусловлена уменьшением расстояния между людьми (типичный пример — кабина лифта), что запускает паттерн патологического поведения. У некоторых серийных сексуальных преступников отмечается также феномен неоднократного возвращения на место преступления, обстановка при этом играет роль триггера запуска воспоминаний, которые возвращают испытуемому чувство реальности происшедшего.

В этом аспекте имеют значение два понятия этологии: *индивидуальная территория*, т.е. пространство, на котором человек имеет тенденцию доминировать, находиться в состоянии комфорта и возвращаться, и *индивидуальное расстояние* — дистанция, запускающая определенные виды поведения.

Одним из проявлений клишированности аномального сексуального поведения является постоянное воспроизведение отношений доминирования и иерархии (насильник и жертва; подглядывающий — с ощущением власти над объектами в сознании субъекта, и не ведающая об этом пара; демонстрирующий половые органы эксгибиционист и вынуждаемая этим на какую-либо реакцию женщина). Сюда же следует отнести встречающуюся неспособность жертвы сексуального насилия оказать сопротивление, а также случаи мазохизма.

Все вышеприведенные аспекты клишированности имеют общий признак — они характеризуют усиление, подчеркивание тех компонентов поведения, которые не связаны с личностью пациента, а имеют видовой характер, поэтому для их обобщенной характеристики правомерно обращение к этологическим понятиям. Под ритуализацией в этологии понимают усиление лишь некоторых элементов и комплексов поведения, что делает их более различимыми при коммуникации. В норме механизм ритуализации связывает приукрашенное поведение с контекстом, в патологии — оказывается оторванным от него.

Для оценки степени стереотипизации парафильного поведения, что имеет большое значение для анализа динамики поведения при серийных правонарушениях, в лаборатории судебной сексологии была разработана специальная шкала, позволяющая учитывать как феноменологические, так и поведенческие характеристики стереотипности (табл. 5.5).

Таблица 5.5. **Шкала оценки степени стереотипизации парафильного поведения**

Нумерация	Критерии	Оценка, баллы
1.	Идеаторная активность	
1.1.	Фантазирование:	
	с воспроизведением однотипных представлений	5
	с сочетанием различных девиантных элементов	3
	не выявлено	0
1.2.	Сновидения:	
	с повторяющимся сюжетом	4
	с изменяющимся сюжетом	3
	отсутствуют	0
1.3.	Частота идеаторной активности:	
	ежедневно — до 2 раз в неделю	5
	от 1 до 4 раз в месяц	4
	без стойкой периодичности	3
	только в ситуации эмоционального напряжения	2
	не выявлена	0
2.	Поведенческая активность	
2.1	Ненормативный объект:	
	жестко фиксированные внешние данные и особенности реагирования	5
	наиболее предпочитаемый, но допускается возможность сексуальных реакций с иным партнером	4
	недифференцированный с равной стимульной значимостью	3
	ненормативный выбор внешне случайный, осуществляется впервые	2
2.2.	Способ реализации (ненормативный):	
	однообразное воспроизведение жесткой последовательности действий, нарушение которой прекращает действие	5
	наиболее предпочтительная стратегия поведения, допускающая модификацию в зависимости от внешних обстоятельств (реакций жертвы и др.)	4
	отсутствие однозначного стиля действий	3
	способ реализации внешне случаен (использован впервые) при следовании в прошлом нормативному	2
2.3.	Территориальное поведение:	
	постоянно повторяющийся выбор места реализации, уклонение от которого препятствует развитию желаемого состояния	5
	выбор места предпочтителен для реализации, однако допускается осуществление действий в иных условиях	3
	отсутствие избирательности	0
2.4.	Частота поведенческой активности:	
	с четко установленным ритмом не менее 1 раза в месяц	5
	с четко установленным ритмом от 1 раза в месяц до 1 раза в 3 мес	4
	без стойкой периодизации	3
	только в состоянии эмоционального напряжения	2
3.	Психопатологические состояния	

Нумерация	Критерии	Оценка, баллы
3.1.	Эмоциональные расстройства:	
	неизменное воспроизведение однородных аффективных состояний в ходе реализации с совпадением всех трех периодов акта	5
	сходные аффективные состояния повторяются, однако не обязательно с совпадением всех трех периодов акта	4
	достижение некоего эмоционального состояния желаемо, однако не обязательно возникает при реализации	3
	эмоциональное состояние варьирует в зависимости от привходящих обстоятельств	2
	реализация не сопровождается каким-либо очерченным изменением аффективности	0
3.2.	Состояния сознания:	
	неизменное воспроизведение однородных искажений сознания в ходе реализации	5
	сходные состояния измененного сознания повторяются, однако не обязательно при каждой реализации	4
	состояние сознания варьирует в зависимости от привходящих обстоятельств	2
	реализация не сопровождается каким-либо очерченным изменением сознания	0
4.	Существование совокупности признаков, достаточных для диагностики парафилий, на протяжении:	
4.1.	более 1 года	5
4.2.	от 6 мес до 1 года	3
4.3.	до 6 мес	2
5	Интегративная оценка стереотипности	
5.1.	Высокая степень	36—49
5.2.	Средняя степень	22—35
5.3.	Низкая степень	8—21

Амбитендентность. К ее проявлениям относится часто наблюдаемые у лиц с парафилиями обмен ролями в процессе реализации аномального влечения (чередование позиций «субъект — объект», «пассивный — активный»); сочетание аутоагрессии (нанесение самоповреждений) и агрессии и, как частный случай, садистических и мазохистических тенденций. Известный серийный сексуальный преступник Г. пытался проделывать над собой те же манипуляции, что и над своими жертвами — мальчиками, как бы меняясь с ними местами в процессе действия. Более редко встречается диспраксия — один из испытуемых одной рукой удерживал жертву, другой — отталкивал, при этом угрозы расправы чередовались с упреками в том, что она так поздно ходит одна. Состояние растерянности с амбивалентными чувствами стыда, отвращения и страха, с одной стороны, и влечением к эротическим ласкам — с другой, с проявлениями амбитендентности в поведении, когда прикосновения сменяются отталкиванием, может встречаться при гомосексуальной инициации в подростковом возрасте или в случаях ретардации психосексуального развития. Другой вариант наблюдается при обсессивно-компульсивном характере аномального сексуального влечения. Испытуемый К., говоря о «борьбе мотивов», описывал состояния, когда он

по полчаса стоял в подъезде, испытывая одновременно два желания — и идти «на охоту» и вернуться назад.

Процессуальность. Это фиксация на процессе, а не на результате деятельности, которая приобретает незавершенный характер с нарастающей редукцией отдаленных целей поведенческого акта и пролонгацией его ближайших звеньев, которые подвергаются схематизации и символизации с имитацией генитального проникновения и возможностью психического оргазма.

Данный феномен идентичен процессуальности игровой, отражающей незаинтересованный характер игры, т.е. прерывающий процесс непосредственного удовлетворения нужд и страстей, вклинивание ее как временного действия, которое протекает внутри себя самого и совершается ради удовлетворения, приносимого совершением действия [Хейзинга Й., 1992].

Процессуальность слагается из двух основных компонентов.

А. Незавершенность. Проявляется в нерезультативности деятельности, причем подразумеваемой и «входящей в замысел». Особенно становится заметно в тех многочисленных случаях, когда сам по себе навык гетеросексуального (или иного) поведения оказывается сформированным, однако в ходе исполнения девиантного ритуала наблюдается отказ от логического, казалось бы, его завершения с ограничением предпринятых действий (даже в самых предрасполагающих к тому ситуациях) некоторым набором эротических или даже платонических актов. Как ни парадоксально, внешне явно сексуальное действие часто не завершается именно в сексуальном смысле (отсутствие эякуляции и оргазма).

Именно это качество процессуальности определяет симптом «охоты», встречающийся чаще всего при садизме и заключающийся в самостоятельной значимости поиска необходимого объекта. Причем само по себе это иногда длительное блуждание, сочетающееся с соответствующим эмоциональным состоянием, оказывается самодостаточным, а по своей субъективной эффективности — сравнимым с полноценным перверсным актом.

Б. Пролонгация. Это намеренное продление осуществляемых действий, что достигается зачастую их усложнением и затруднением с помощью достаточно длительного и схематичного ритуала. Целью подобной модификации активности может служить продление восприятия и связанного с ним аффекта в силу самоценности данного воспринимательного процесса. В этом контексте становится до конца понятным высказывание К. Имелинского, который говорил, что сутью садизма является переживание времени.

Поэтому и убийство объекта менее предпочтительно, нежели продолженные действия с ним: «Заклеймим ее (женщину), опозорим ее: от этого унижения она будет страдать до последнего мига своей жизни, и наше бесконечно растянутое сладострастие станет от этого более изысканным». Подобное высказывание могло бы принадлежать не только Саду, но и другим, если бы они могли столь же ясно высказать свои желания. Один из наблюдавшихся нами больных выразил примерно то же, когда говорил о сокровенной своей мечте — оказаться «облепленным со всех сторон женщинами, чьи половые органы он мог бы ласкать постоянно». Отсюда и грезы Сен-Фона, одного из героев маркиза, о чем-то вроде бесконечной смерти, достигаемой неисчерпаемыми ресурсами адских пыток. М. Бланшо видит в этом противоречие, составляющее часть системы Сада: мысль о вечно причиняемой смерти исходит, по его мнению, из желания вечной жизни, и потому палач и жертва оказываются наделенными одной и той же властью, тем же «божественным атрибутом вечности» [Бланшо М., 1992].

Описанная процессуальность парафильного поведения, заключающаяся в том, что другого предмета и другого продукта, кроме самого действия, нет, достигается путем самоотстранения, т.е. отделением себя от действия. В отличие от слитности со своими действиями в неигровом поведении игра дает возможность владеть своим действием, быть субъектом по отношению к нему, а следовательно, стать активным, свободным по отношению к действиям. Одним из следствий подобного различия является и отличие в степени осознанности. Если действия, направленные на результат, выступающие в качестве пути к определенной цели, имеют тенденцию к сокращению, редуцированию и, следовательно, к утере их сознательности, автоматизации, то в отношении игровых действий наблюдается обратная картина. Они, напротив, в силу самоустремленности тормозятся, что делает ощутимым их построение, и всегда сознательны и двусмысленны, проблемны. Таким образом, задаются условия для дезавтоматизации отдельных элементов поведения при стереотипизации, т.е. автоматизации его целостной структуры.

Сексологический подход к нарушениям ***поведенческого компонента*** позволяет охарактеризовать содержательную сторону поведения, которому могут быть свойственны:

- ***символизм*** сексуальных действий (введение во влагалище или прямую кишку пальца, посторонних предметов или нанесение ножевых ранений в область промежности, низа живота, которые в психоаналитическом ключе могут толковаться как имитация полового акта).

Среди подобных действий особо можно выделить действия, обусловленные дихотомиями, освоение которых составляет суть кризисных периодов становления идентичности: «живое — неживое» (лишение признаков жизни) — стремление убить, удушение, непонимание факта смерти, манипуляции с трупом, некрофильные и некросадистические проявления, реже — стремление к обездвиженности как сексуальному стимулу, сюда же можно отнести манипуляции с глазами и веками (исключение зрения); «мужское — женское» (лишение признаков пола) — половые акты в задний проход и рот (одновременно и проявления отношений доминирования и иерархии), отрезание грудей и половых органов, эфебо- и педофильный, гомосексуальный выбор объектов в половых актах; «взрослое — детское» (лишение признаков возраста) — нераспознавание возраста жертвы, типично педофильные действия (ощупывание и разглядывание половых органов), срезание волос с лобка.

Примечательно, что при изучении сексуальных гомицидов было установлено, что только в группе лиц с парафилиями встречались нераспознание или отсроченное распознание факта смерти жертвы и сексуальные манипуляции с трупом. Представляется, что это объясняется трудностью различения живого и неживого у лиц с расстройствами влечения;

- ***регрессивность***, под которой следует понимать появление паттернов поведения, характерных для более ранних этапов онтогенеза, чем тот, в котором находится данный индивид. Ярким примером онтогенетической регрессивности является типичное поведение педофила с разглядыванием и ощупыванием половых органов: паттерн этого поведения при нормативном развитии возникает в возрасте 4—5 лет. Другим столь же демонстративным примером можно считать межполовую агрессию как проявление дистинкции, которая характерна для возраста 8—10 лет. Манипуляции с жертвами или с трупами, их расчленение

сходны с играми ребенка, когда он от любопытства разбирает игрушки. Каннибализм как возврат к «оральной» стадии развития давно является любимым примером психоаналитиков. Иногда удается у одного пациента проследить этапы регрессии: так, у подростка в возрасте 5—6 лет наблюдалось стремление обнюхать, облизать пятки у мамы и бабушки, годом позже в фантазиях также появляются образы женских ног, пяток, которые он отрезает, начинает жарить, есть. При выраженных (в смысле сдвига в прошлое) видах регрессии отмечается высокая степень сходства с биологическими аналогами.

Субъективные феномены

Для описания субъективной феноменологии парафилий нами был избран подход, который может быть предметом для дискуссии, однако его несомненное достоинство в том, что он позволил провести структурирование материала в первом приближении. В качестве основной позиции избрана концепция «осознавания» (awareness) F. Perls (1951). Отсылая интересующихся за подробностями к первоисточнику, отметим, что в данной парадигме основными положениями являются возможность перемещения фокуса сознания в психической сфере и необходимость формирования определенной целостности — гештальта. Нарушения этих процессов — сущность патологии осознавания.

Исходя из вышеизложенного можно говорить о нарушениях осознавания себя (субъекта) и окружающей реальности, частью которой является объект действия. Парадоксом используемой концепции, пожалуй, становится тот факт, что именно при аномальном сексуальном поведении происходит искажение обычных субъект-объектных отношений, и такое разделение носит весьма условный характер.

К патологии осознавания себя относятся феномены диссоциации. Патология осознавания объекта выражается в феноменах деперсонификации, фетишизации и аутоэротизма.

Деперсонификация — отсутствие личностности объектов сексуального влечения. В рамках концепции осознавания деперсонификация может расцениваться как минус-феномен («выпадения»), при котором восприятие объекта страдает, во-первых, на уровне непосредственной перцепции, во-вторых, на уровне категориального обобщения. Первое прослеживается в клинической картине в виде отсутствия лиц у объектов сексуального влечения уже при патологическом фантазировании, а также в том факте, что позже, после реализации аномального влечения, многие испытуемые, детально запоминая одежду жертвы, не могут узнать ее в лицо. Второе выражается в виде изложенных выше дихотомий, случайном выборе жертвы. Из приведенных примеров также видно, что этот феномен затрагивает как объект, так и субъект действия.

Фетишизация — запечатление преступления (фото- и видеосъемка), сохранение личных предметов, принадлежащих жертве, когда вещи используются как стимул для фантазирования или извлечения воспоминаний о реальных парафильных действиях из памяти, сопровождающегося мастурбацией и достижением сексуального удовлетворения. Фетишем может быть не только часть одежды, обувь, но и другие признаки. Фетиш — это репрезентация релизера в сознании. Фетиш может вызывать, как отмечал Фрейд, амбивалентное отношение — сексуальное возбуждение и стремление уничтожить. В рамках концепции осознавания можно говорить о том, что при фетишизме осознается само действие релизера как безусловного

стимула сексуального возбуждения, осознается как невозможность противостоять ему, так и невозможность рационального объяснения этого факта, что и порождает вторичную эмоциональную амбивалентность. Фетишизацию можно расценивать как плюс-феномен (появление в сознании того, что в норме отсутствует). С другой стороны, фетишизация прямо связана со склонностью к образованию сверхценностей. Нетипичным примером фетишизации является поведение испытуемого К., который в подростковом возрасте стал красть женское белье с веревок или брать у матери, одевал колготки, туфли, лифчики перед зеркалом, иногда это сексуально возбуждало, и он онанировал; иногда появлялось чувство комфорта, успокоения, воображал, как он идет по улице переодетый в женскую одежду, и на него с завистью смотрят женщины.

В приведенном примере необычно чередование использования фетиша (женской одежды) то с целью сексуального возбуждения (фетишистский трансвестизм), то с целью достижения психологического комфорта (трансвестизм двойной роли).

Представляют интерес те объяснения выбора объекта, которые дают пациенты. Так, ряд лиц с педофилией говорят, что они сами чувствуют себя детьми, им интересно играть с ними, они понимают их переживания. Другой вариант, когда больной декларирует сознательный отказ от нормативных гетеросексуальных контактов: «Я понял, что со взрослыми женщинами у меня никогда не получится». По сути это не объяснение выбора, а объяснение отказа от нормативного объекта. В некоторых случаях испытуемые сами указывают на сходство жертв со значимыми для них людьми — матерью, первой девушкой, которая нанесла ему психотравму, отвергнув его. Несмотря на внешнюю психологическую понятность такого объяснения («месть»), механизм данного феномена представляется достаточно сложным — это уничтожение не конкретного человека, а совокупности стимулов — реальных и проецируемых, составляющих фетиш.

А у т о э р о т и з м — внешнее сходство объекта и субъекта. Элементы аутоэротизма почти всегда присутствуют при различных видах парафилий, что неоднократно отмечалось в литературе. Особенно ярко он представлен в пубертате при транзиторных трансвеститских проявлениях, мастурбации перед зеркалом, достижение оргазма не при самом действии, а при мастурбации после него с воспоминаниями.

Однако чаще всего черты сходства субъекта и объекта сексуального влечения не осознаются. Иногда эксперт обращает внимание на сходство предпочитаемого объекта с самим пациентом — эта задача облегчается, например, при вышеупомянутых случаях гомосексуального насилия в детстве, когда возраст субъекта и объекта насилия совпадает. В тех же случаях, когда это осознание происходит и стабилизируется, становится возможным феномен нарциссизма.

Н а р у ш е н и я и д е н т и ф и к а ц и и проявляются в осознанности идентификации себя с женщиной (в некоторых случаях только в отдельных функциях — ощущениях, эмоциях, мышлении, в других — полностью) в ситуации сексуального контакта или девиантного поведения. Подобные феномены описывались еще Р. Крафт-Эбингом.

Так, один из эксгибиционистов, характеризуя свои ощущения в момент реализации, сообщил, что думает как бы мыслями воображаемой женщины, хотя при этом телесно себя ею не ощущает; при этом по ракурсу видения себя со стороны понимает, что смотрит на себя ее глазами, «изнутри ее».

Психопатологический аспект нарушений ***когнитивного компонента*** половой идентичности выражается в нарушениях осознавания себя (субъекта),

которые клинически выявляются в форме диссоциативных расстройств. Под диссоциацией здесь понимается возникновение незавершенного гештальта, в том смысле, что осознавание различных его составляющих отличается от обычного. Традиционно понимаемая диссоциативность как следствие вытеснения эмоционально значимых переживаний и действия других защитных механизмов представляются в этом аспекте частным случаем.

Условно можно выделить две оси диссоциации: 1) «горизонтальную» — когда происходит как бы «отщепление» сфер психической жизни (эмоциональной, двигательной) и 2) «вертикальную» — когда не осознаются различные этапы поведенческого акта. При первом варианте чаще всего речь идет о неосознавании эмоций. Другой вид «горизонтальной» диссоциации — отчуждение поведения, которое в одних случаях проявляется в позиции «наблюдателя», «как бы со стороны смотрел на себя», в других — в сомнениях, действительно ли он (испытуемый) это сделал. В отдельных случаях диссоциация достигает степени расщепления «Я», хотя в практике авторов было лишь одно наблюдение, когда можно было ставить вопрос о двойной личности. Иногда в гипнотическом состоянии удается выявить несколько субличностей.

«Вертикальная» диссоциация отражает различные варианты осознавания этапов поведенческого акта. По сути при нарушениях осознавания отчуждаться (отстраняться) может прежде всего та сторона психической деятельности, которая редко или никогда раньше не становилась содержанием сознания. В норме осознаются лучше цель и результат действия, сам же процесс (исполнение программы и контроль за ее протеканием), как правило, осуществляется на бессознательном уровне [Хомская Е.Д., 1987]. Осознание программы при отсутствии в сознании мотива порождает ощущение безличностности (аспонтанности, непроизвольности) или отчужденности (насильственности, чувства овладения) переживаний в фантазиях, поведения в реализации. Осознание контроля за протеканием программы приводит к позиции наблюдателя, которая у лиц с парафилиями крайне затруднена уже при фантазировании. Отсутствие в сознании цели и программы поведения демонстрирует симптом «охоты».

Частным случаем диссоциативных расстройств представляются и нарушения идентификации. При рассмотрении деперсонификации мы видели, что она часто становится механизмом субъект-объектных смешений. Нетрудно заметить, что все вышеперечисленные ее характеристики содержат манипуляции с собственной субъективностью, суть которой заключается в подмене ее иной, с присвоением чужих, отсутствующих у себя самого качеств.

Искажения сознания и самосознания. Клиническая практика со всей очевидностью показывает неразделимость таких нарушений у сексуальных преступников при *временных состояниях*. Однако у лиц с парафилиями иногда и в течение беседы обращают на себя внимание изменение мимики, моторики, расфокусированность взгляда, отрешенность, особенно при добросовестных попытках описать свои переживания в ситуации правонарушения. Иногда подобные состояния провоцировались ситуацией дихотического прослушивания или длительным нейропсихологическим обследованием.

Испытуемый А., обвинялся в серии нападений на женщин. В беседе смущенно улыбался, опускал голову, теребил свою одежду, отвечал неохотно. Рассказывая о правонарушениях, смотрел прямо перед собой, взгляд был расфокусирован, лицо становилось маскообразным, плечи напрягались, руки сгибал в локтевых суставах, сжимал кулаки, тон голоса повышался.

Подобные феномены описываются и другими исследователями. Отмечается, что серийные убийцы «дают подробные показания... при этом зачастую оживляются, как бы заново переживая значимые для них сексуально окрашенные ситуации [Антонян Ю.М., Верещагин В.А., Потапов С.А., Шостакович Б.В., 1997]. Серийный убийца Г., работая ветеринаром, часто осеменял кобыл, «при этом глаза его то блестели, то становились мутными, он как бы находился в трансе» [Ткаченко А.А. и др., 1994].

Пользуясь термином К. Ясперса (1997), можно охарактеризовать данный феномен как *флюктуации сознания*. Следует подчеркнуть, что речь идет не об обычной истощаемости у лиц с органическим поражением ЦНС, а о колебании уровня бодрствования, обусловленном другими причинами, в частности актуализацией значимых переживаний. Легкость дезинтеграции сознания у таких лиц прослеживалась и в анамнезе — в особенностях картины опьянения, о чем упоминается ниже. Проявлением действия такого же механизма представляются и иногда неосознаваемые попытки удушения в состоянии оргазма или полового возбуждения.

Временные состояния. Полиморфизм клинической картины таких состояний делает затруднительной их квалификацию в существующих психопатологических терминах, однако с целью достижения первичной упорядоченности феноменов нами использовались критерии помрачения сознания К. Ясперса, в соответствии с которыми они были систематизированы следующим образом.

I. Нарушения восприятия. А. Д е р е а л и з а ц и я, которая проявляется в изменении чувства реальности, ощущении чуждости окружающего, а также необычайности и странности внешнего мира. Появляется субъективное впечатление неуловимого своеобразного изменения в окружающем: «все изменилось, стало неясным, размытым, как в тумане». В то же время испытуемые сознают, что в действительности никаких изменений в окружающем не произошло. Так, один из испытуемых рассказывал, что в голове появился непонятный шум, гул, «восприятие реальности как будто провалилось». Некоторые говорят о наступлении «тьмы». По мере нарастания тяжести состояния критическое отношение к изменениям восприятия нарушается, появляется ощущение истинного изменения окружающего.

Однозначное отнесение описываемого феномена к расстройствам восприятия представляется сомнительным хотя бы ввиду того, что на первом этапе менялось не столько само восприятие окружающего, сколько отношение к этому восприятию, выражавшееся в попытках интерпретации происходящего вокруг, однако характерным именно для дереализации представляется описание изменений словами неопределенного значения при явных затруднениях в подборе слов.

Б. С о с т о я н и я d e j a v u и j a m a i s v u. И в этом случае отнесение феноменов к кругу обманов восприятия спорно, так как речь идет не о нарушении восприятия как такового, а о нарушении соотнесенности воспринимаемого с различными отрезками времени — прошлым и будущим с дезактуализацией текущего настоящего.

В. А л л е с т е з и — расстройства узнавания. Для описываемых феноменов характерно искажение узнавания, когда реальные объекты частично (форма тела, детали одежды) принимались за «объекты» из фантазирования, перцепторных предвосхищений или «вещих снов». Так, один из испытуемых утверждал, что он нападал только на тех женщин, которых уже встречал ранее «в сновидениях» и которых он «узнавал» по фигуре, размерам тела, плащу.

Данный феномен нельзя однозначно квалифицировать как ложное узнавание, хотя бы потому, что нам недоступно содержание идеаторной активности, кроме как из его описания больными. Можно предположить наличие по меньшей мере двух механизмов образования этого симптома: во-первых, действительное соответствие указываемых параметров, что согласуется с концепцией релизеров, запускающих поведение и определяющих выбор жертвы. Если в обычных условиях выбор объекта, например, сексуального влечения происходит на подсознательном уровне, то здесь мы имеем дело с частичным осознаванием этого процесса, возможно, вследствие изменения направленности фокуса сознания. Во-вторых, нельзя исключить механизм проекции, т.е. случаи, когда выпадение отдельных параметров перцептивного поля компенсируется восприятием мнимых, исходящих из памяти испытуемого, как бы заполняющих возникшие пробелы. В последнем случае отнесение феномена к ложным узнаваниям неоспоримо.

Г. Количественное изменение в виде усиления, уменьшения или полного исчезновения восприятия стимулов разных модальностей: зрения, слуха (гипер- и гипоакузия), вкуса, обоняния, тактильной чувствительности, проприорецепции. Испытуемые отмечали, что «свет лампы становился чрезвычайно ярким или, наоборот, тусклым», «стук каблучков становился чрезвычайно громким», «речь жертвы — невнятной, непонятной, тихой», т.е. наблюдались сенсорные гипо- и гиперестезии. По мере нарастания тяжести расстройств отмечаются парестезии на фоне снижения или утраты способности к различению стимулов внутри одной модальности: зрения — появление «неясных пятен, бликов» при исчезновении бокового зрения; слуха — отдаленное звучание отдельных непонятных криков, шумов при утрате дифференциации звуков; обоняния и вкуса — изменение характера переживания ощущения неприятных, отвратительных запахов, вне данного состояния сохранявших негативно-эмоциональное значение (так, в одном из наблюдений испытуемый заставлял потерпевших испражняться, размазывал собственными руками каловые массы по телу жертв, в другом — ел испражнения, пил кровь, вопреки обычно свойственной ему брезгливости); нарушение болевой чувствительности, вплоть до полной анестезии.

Изменение восприятия по модальностям отражается на поведении испытуемых. Избирательная концентрация на стимулах определенной модальности выражается в напряженном сосредоточении на виде агонии, конвульсиях, издаваемых жертвой хрипах, клокотании в горле крови. Ответная реакция появляется только на сильные раздражители (крик, собственная боль). Испытуемые на длительное время (1—2 ч) остаются рядом с трупом, меняют положение тела, разглядывают его, производят с ним различные манипуляции. Некоторые из них отмечают, что при прикосновении к жертвам (тело, колготки и т.д.) впечатление нереальности, как правило, исчезает. Часто в это время испытуемые также затрудняются в определении — жива жертва или мертва, и в ряде случаев только прикосновение к трупу приводит к пониманию факта смерти.

II. Нарушения ориентировки. А. В пространстве, имевшие различную степень дезориентировки, — от полной до частичной. Способность ориентироваться в пространстве связана с глубиной расстройства сознания, иногда распространяется на всю обстановку, иногда колеблется в процессе реализации парафильного акта. Так, один из испытуемых, совершив серию агрессивных действий с потерпевшей, внезапно спросил у нее: «Где я? Кто ты, что здесь делаешь?» При этом внешний вид у него был растерянный, недоуменный, непонимающий. Другой испытуемый, опять же после

серии агрессивных актов, вышел из квартиры полностью обнаженным, растерянным, оглушенным, не мог ответить ни на один вопрос относительно его местонахождения. Отмечается сужение субъективного пространства с фиксированностью на дороге, тропе или жертве. При анализе материалов уголовных дел, показаний испытуемых видно, что у них меняется способ ориентировки, который уподобляется женскому, т.е. ориентированному не на расстояние, направление сторон света, а на материальные объекты. Нельзя категорично утверждать, что такой феномен появляется только в состоянии расстроенного сознания, поскольку не исключено, что это свойственно им изначально в силу иной организации мозговой деятельности.

Б. Во времени — изменение скорости течения времени, когда возникает субъективное ощущение ускорения, замедления или «остановки» времени. Так, некоторые испытуемые не могли точно сказать, какое время они пребывали в описываемом состоянии, называли промежутки времени либо слишком краткие, либо, наоборот, чрезмерно длительные, не совпадавшие с объективными данными, показаниями свидетелей. Примечательным является тот факт, что подобные нарушения скорости течения времени встречаются и вне клинически очерченных нарушений сознания. Для них характерны высказывания типа: «дни мелькают как в календаре», или, напротив: «день течет, как один год». Описано возникновение подобных ощущений в период гипнотического сеанса, при интенсивных эмоциональных переживаниях [Меграбян А.А., 1977]. При более глубоких помрачениях сознания дезориентировка во времени носит иной характер, в воспоминаниях сохраняется ощущение «внезапности», «выключения», мгновенности случившегося. Так, многие испытуемые, сообщая о своих ощущениях времени, употребляли довольно однотипные фразы: «я выключился», «провалился», «сколько прошло времени — не знаю», ждали показаний потерпевших.

В. В собственной личности — от состояния отчуждения (соматического, психического) до полной утраты представлений о себе. Данные психопатологические феномены можно рассматривать как деперсонализационные.

В одних случаях они являются ведущим психопатологическим образованием, в других — представляют собой эпизод между автоматизированными действиями, возникают в начале приступа или после его окончания. В эту группу феноменов можно отнести и вышеупомянутое ощущение нереальности или сомнения в реальности собственного поведения при реализации парафильного акта.

Соматопсихическая деперсонализация выражается в ощущениях «неловкости» в теле, «мышечного оцепенения», «скованности» или «легкости», увеличения или уменьшения скорости собственных движений. В последующем появляется аутопсихическая деперсонализация в виде «раздвоения Я», распространявшаяся на речевые и двигательные акты. Прежнее «Я» лишается своих чувств, свободных действий, произвольных воспоминаний. Действия приобретают насильственный характер, отмечаются отстраненность, сосредоточенность на процессе активности. Некоторые испытуемые отмечают чувство вторжения посторонней силы, которая противодействует свободным актам. По мере нарастания глубины расстроенного сознания они начинают как бы «видеть» себя и жертву со стороны, «как в кино», «наблюдать» собственные непривычно четкие, целенаправленные действия, измененный внешний вид, застывший взгляд, маскообразное лицо. В других случаях «зрительно» воспроизводятся только действия с жертвой. Состоя-

ние отчужденности сохраняется у них и в дальнейшем, что видно из их поведения, описания собственных ощущений («объективная», от третьего лица, манера изложения; восприятие случившегося как абсолютно чуждого его личности; чувство, что это был «тяжелый сон», «фильм ужасов»).

III. Анализ мышления испытуемых проводится по показаниям потерпевших, указывающих на «странные высказывания», «напряженную молчаливость». Чаще всего испытуемые действуют безмолвно, некоторые из потерпевших даже не могли понять, чего от них хотят — ограбить, изнасиловать или убить; на вопросы потерпевших или свидетелей отвечают невпопад, бессвязно, неосмысленно. Сами испытуемые поясняют, что они «не понимают, как все это произошло»: голова работала «непривычно ясно», или, наоборот, они ощущали необычайный гул, шум, который мешал сосредоточиться, «ни о чем не думалось», «тело работало отдельно от мыслей». В других случаях они поясняют, что в голове не было никаких мыслей, например относительно убийства, было только желание прикоснуться, после чего возникало «непонятное оцепенение».

Таким образом, с учетом вербального и невербального поведения, самоотчетов испытуемых можно предположить, что у индивидуумов наблюдаются расстройства ассоциативной сферы, причем в одних случаях мышление замедлено, заторможено, в других — бессвязно. Основным феноменом, указывающим на глубину расстройства сознания, являются автоматизированные действия. Можно выделить речевые и моторные автоматизмы. При речевых автоматизмах вербальное общение с жертвой обедняется, сокращается до отрывочных приказов, команд, употребляются только глаголы. Отмечается изменение модуляции голоса в виде монотонности фраз. В других случаях наблюдаются стереотипность высказываний, их непроизвольное повторение (персеверации).

Моторные автоматизмы проявляются в двух формах: 1) стереотипные поведенческие паттерны, которые характеризуются деструктивными действиями, направленными на себя или на жертву, отличаются нарастанием клишированности с каждым последующим актом, приобретением все большей целенаправленности и отточенности, автоматизированности движений; 2) фрагментация поведения, при которой хаотическое психомоторное возбуждение чередуется с внешне упорядоченным поведением. Испытуемые производят впечатление выпивших, обращает на себя внимание их растерянность, наблюдается диспраксия.

IV. Расстройства памяти, возникающие при состояниях измененного сознания, можно разделить на три типа:

1) гипермнезия в виде восстановления в памяти мелких эмоционально значимых деталей, особенно воспоминаний облика жертвы, подробностей ее одежды, поведения;

2) «диссоциативная» амнезия, при которой представление о ранее пережитом с живым чувством воспоминания наблюдается наряду с невозможностью припоминания своих действий или переживаний в данной ситуации или в другом случае чередование возможности и невозможности вспомнить их после совершения преступления, что подтверждается материалами уголовных дел, в которых показания испытуемых носили «мерцающий» характер, т.е. наблюдается феномен, аналогичный «периодическим» амнезиям, по П.Л. Юделевичу (1941). Согласно МКБ-10, основным признаком диссоциативной амнезии является потеря памяти на недавние эмоционально значимые события, общим признаком — невозможность вспомнить события в состоянии бодрствования, т.е. речь идет о памяти, связанной с разными состояниями сознания;

3) собственно амнезия, которая выявляется обычно после фазы сна, когда испытуемые лишь по чувству слабости, недомогания, разбитости предполагают, что с ними что-то произошло (тотальная амнезия). В ряде случаев при вербальном контакте с испытуемыми отмечались нарушения памяти в виде неравномерности воспоминаний, неточности, смещения по времени, «провалов» памяти (парциальная амнезия). Для последнего расстройства памяти характерны более отчетливые показания при первых допросах. Невербальное поведение при этих видах амнезий характеризуется растерянностью, недоуменностью.

По длительности отмечается амнезия двух видов — селективная и локализованная.

В зависимости от клинической картины вегетативных нарушений, сочетающихся с эмоциональными расстройствами (изменения телесных и висцеральных ощущений, возбуждение, выраженный тремор, субъективные ощущения «тряски» с усилением потоотделения, тахикардией, жаждой, одышкой, чувством страха, голода, последующим сном), в одних случаях можно было говорить о преобладании симпатоадреналовых феноменов, в других — парасимпатических, однако чаще всего наблюдалась смешанная симптоматика. Из показаний потерпевших, оценивавших внешний вид нападавших (состояние зрачков, неестественный блеск, взгляд, как у наркомана «застывший, мутный»; влажность, сухость, сальность кожных покровов; тяжелое дыхание, обильная слюна, дрожь рук, всего тела и т.д.), также видна «заинтересованность» вегетативной сферы.

Таким образом, с учетом разнообразной клинической картины, преобладания одних психопатологических феноменов над другими или параллельного их течения можно говорить о нескольких видах расстроенного сознания в период реализации парафильного акта. Выделено 5 типов таких состояний измененного сознания:

1) нарушения сознания, которые по клиническим характеристикам можно отнести к *«особым состояниям сознания»* [Гуревич М.О., 1936]. К ним автор относит расстройства «без генерализованных тотальных нарушений сознания, не сопровождающиеся амнезией и проявляющиеся в эндогенных изменениях со стороны восприятия (дезинтеграция психосенсорного синтеза), а также мышления и аффективности». Лакунарность расстройств при особых состояниях выражается не только в отсутствии амнезии, но и в том, что по окончании приступа испытуемые критически относятся к пережитому.

Критерии данного типа расстройств: дереализация; частичная дезориентировка в пространстве (пространственная «ограниченность») и времени (нарушение скорости течения); нарушения мышления (заторможенность, замедление); аффективные нарушения (тоскливая депрессия). Для этих состояний характерно отсутствие речевых, двигательных автоматизмов, амнезии. В физическом и психическом статусе испытуемого после состояния измененного сознания отмечается улучшение самочувствия. Длительность расстройств достигает 2—3 ч;

2) *диссоциативные расстройства сознания в виде трансов.* Клиническая характеристика этого типа расстройств дана в МКБ-10. Критерии данного типа расстройств: изменения восприятия в виде нарушений узнавания, аллестезий; дезориентировка в пространстве и времени; перцепторные предвосхищения, воспоминания; дезориентировка в собственной личности (деперсонализация) — соматопсихическая и аутопсихическая (раздвоение «Я», «чуждость собственных действий, воспоминаний, воли, мыслей, утрата произвольности, ощущения управления некоей силой, состояние зрителя);

нарушения мышления (слабость суждений, невозможность суждений); речевые автоматизмы (изменение модуляции, монотонность, металлический оттенок голоса, заученный характер высказываний, стереотипный набор повторяющихся фраз и т.д.); двигательные автоматизмы (стереотипные целенаправленные, отточенные агрессивные действия); расстройства памяти (гипермнезии, диссоциативная амнезия). Психическое и физическое состояние после транса характеризуется улучшением самочувствия. Длительность расстройств достигает 4—5 ч;

3) *состояния расстроенного сознания с преобладанием диэнцефальной симптоматики.* Клиническая картина данного типа расстройств характеризуется сочетанием психопатологических феноменов в виде психосенсорных, аффективных нарушений с диэнцефальными пароксизмами.

Критерии диагностики подобных состояний: изменения восприятия (аллестезии); соматопсихическая и аутопсихическая деперсонализация (утрата произвольности); речевые и двигательные автоматизмы; аффективные расстройства; диэнцефальные расстройства (симпатико-адреналовые, парасимпатические, смешанные пароксизмы); расстройства памяти (собственно амнезия, селективная). Психическое и физическое состояние в дальнейшем характеризуется слабостью, резкой усталостью, нередко наступает сон. Длительность состояния от нескольких минут до 1 ч;

4) *состояния нарушенного сознания в виде сумеречных расстройств.* Согласно МКБ-10, они внесены в рубрику диссоциативных расстройств. Возникают остро под влиянием алкоголя, психотравмы или других отрицательных воздействий. Критерии данной квалификации: выраженные нарушения восприятия; полная дезориентировка в пространстве и во времени (состояние «выключенности»); полная дезориентировка в собственной личности; нарушения мышления (бессвязность); речевые автоматизмы или отсутствие речи; двигательные автоматизмы (стереотипные агрессивные целенаправленные и отточенные действия или хаотическое моторное возбуждение); аффективные расстройства витального характера; расстройства памяти (собственно амнезия — локализованная, антероградная, ретроградная). Психическое и физическое состояние в дальнейшем характеризуется слабостью, часто заканчивается сном. Длительность состояния от 30 мин до 1,5—2 ч;

5) *аффективно суженные расстройства сознания* характеризуются пароксизмальными аффективными и вегетососудистыми нарушениями в сочетании с другими психопатологическими феноменами, реже с расстройствами восприятия (притупление, обострение) на фоне общей сохранности личности. Анализ структуры этих пароксизмов и субъективных переживаний испытуемых затруднен, так как при этом состоянии возникает амнезия, носящая селективный, реже локализованный характер. Электроэнцефалографические исследования указывают на пароксизмальную активность в височных долях, преимущественно слева. Клиническая картина сходна с таковой при височной эпилепсии. Критерии данного типа: частичная дезориентировка в пространстве и во времени или состояние «выключенности»; соматопсихическая и аутопсихическая деперсонализация (утрата произвольности); нарушения мышления (слабость суждений, вплоть до остановки ассоциативных процессов); речевые автоматизмы — двигательные автоматизмы — аффективные нарушения витального характера (дисфория, тревога, тоска, ужас, страх); расстройства памяти (селективная амнезия, локализованная амнезия). Психическое и физическое состояние характеризуется в дальнейшем слабостью, нередко заканчивается сном. Длительность состояния от 20—30 мин до 1 ч.

Психопатологический подход к нарушениям ***аффективного компонента*** половой идентичности позволяет выделить расстройства импрессивного, субъективного и экспрессивного аспектов.

Нарушения *импрессивного* аспекта выражаются в нарушении распознавания эмоционального состояния других людей, прежде всего жертвы в ситуации преступления. Клинически это может проявляться в утверждениях испытуемых, что жертва сама хотела сексуального контакта, провоцировала его, однако в большинстве случаев речь идет о том, что, во-первых, можно объективно констатировать, что поведение жертвы не влияло на поведение преступника; во-вторых, сами испытуемые затрудняются в квалификации эмоциональных переживаний жертвы. Среди обследованных можно выделить три группы: 1) лица с общей эмоциональной дефицитарностью, когда нарушены были и распознавание эмоций, и ответ по типу снижения; 2) лица с нарушением эмоционального ответа — когда на демонстрацию отрицательных эмоций испытуемые отвечали положительными эмоциями, что характерно для лиц с парафилиями в большей степени, чем для насильников; 3) лица с нарушениями эмпатии (сочетание нарушения распознавания эмоций и ответа, хотя диагностика первого часто затруднительна) только в период реализации аномального влечения. Подобное исчезновение эмпатии может наблюдаться также в состоянии алкогольного опьянения и зеркально противоречить обычной эмпатичности.

Хорошим предиктором изменения эмпатичности является поведение в состоянии опьянения. Чаше всего можно говорить о сходстве картины опьянения с поведением при реализации парафильного влечения в трезвом состоянии.

Нарушения *субъективного* аспекта проявляются в следующих особенностях: а) преобладание смешанных (сплав отрицательных с положительными) переживаний до и в период реализации парафильного акта, которое чаще всего сменяется однозначным эмоциональным состоянием (астенодепрессивным или эйфорическим) после реализации; б) несовпадение между субъективными переживаниями на фоне отрицательных эмоций и вегетативной основой (семяизвержение с отсутствием разрядки, тревогой, страхом; сексуальное возбуждение с отсутствием эрекции); в) множество витальных, протопатических эмоций (страх, ярость) при редукции тонких, дифференцированных эмоциональных проявлений (жалость, сочувствие).

Наряду с вышеупомянутыми особенностями наблюдаются более простые варианты, при которых по клинической картине можно было выделить следующие формы: а) приступы сильнейшей раздражительности, доходящей до ярости, с чувством тоски, злобы; подобные состояния возникают аутохтонно, предваряя парафильный акт или сопровождая его, в некоторых же случаях длятся и после случившегося; б) состояния экстаза с ощущением могущества, «сверхчеловека», познания «чего-то великого» или преодоления себя («я смог это сделать»), которые появляются обычно после завершения парафильного акта.

Подобные состояния представляются тесно связанными с нарушениями идентичности, поскольку клинически отражают как ощущения дезинтеграции, утраты целостности, противоречивости переживаний до парафильных действий, так и своеобразное временное «восстановление» этой целостности, «скрепляемой» силой аффекта после реализации.

Нарушения *экспрессивного* аспекта проявляются в особенностях невербального поведения. При клиническом осмотре у некоторых испытуемых при описании своих переживаний отмечаются стереотипии поз (трясение, мотание головой, телом), жестов (трение ладоней, манипуляции кистями,

судорожное сжатие рук), высокая интенсивность аутогрумминга, что расценивается как проявления смещенной активности. Из показаний жертв иногда удается получить информацию о своеобразии невербального поведения испытуемых и при деликте. Другое проявление нарушений этого аспекта — алекситимия, наряду с классической картиной которой наблюдаются состояния, которые правильнее было бы охарактеризовать как алекситимоподобные, основное отличие их заключается в наличии у лиц с парафилиями патологического фантазирования. Кроме этого, можно выделить два разных варианта подобных расстройств. Во-первых, снижение способности к вербализации своих эмоциональных переживаний и телесных ощущений распространяется только на период реализации аномального сексуального влечения или на описание периода перед реализацией. Период после реализации чаще всего описывается значительно подробнее, особенно в тех случаях, если речь идет о выраженном аффективном состоянии «приподнятости», или, наоборот, подавленности с идеями самообвинения. Во-вторых, возможен и обратный вариант, когда наиболее подробное описание касается в основном переживаний, связанных с аномальным сексуальным влечением, в то время как вербализация переживаний обыденной жизни весьма скудна. Вышеизложенное вкупе с особенностями невербального поведения (изменение мимики, моторики, расфокусированность взгляда, отрешенность) позволяют высказать предположение о том, что в основе таких состояний лежат флюктуации сознания. Есть данные, что алекситимия отрицательно коррелирует с возможностью планировать и контролировать свои действия и связана с ангедонией [Vingerhoets A., Van Heck G., Grim R., Bermond B., 1995].

К нарушениям этого же плана относятся и особенности невербального поведения — внешняя фемининность, усиливающаяся в стрессовой ситуации и проявляющаяся в преобладании мимики и поз над жестами, что считается более характерным для женщин. Представляется сходной их роль в коммуникации — эти нарушения затрудняют распознавание их эмоций другими людьми, в том числе жертвами, что снижает возможности регуляции поведения.

Из нарушений *пространственного* аспекта идентичности можно отметить: 1) конверсионные расстройства, проявляющиеся в отчуждении различных областей тела и функций; 2) снижение способности отличия внешнего пространства от внутреннего — фантазий от реальности, субъекта от объекта.

Нарушения *временного* аспекта идентичности проявляются в изменении соотнесенности переживаний с временными периодами. Клинически это выражается в возникновении феноменов перцепторного предвосхищения и перцепторных воспоминаний. В некоторых случаях их возникновение однозначно связано только с местом преступления, т.е. восприятие территории как бы запускает воспроизведение всех связанных с ней переживаний. Перцепторные воспоминания в некоторых случаях приносят бóльшую разрядку, чем сами агрессивные действия, возвращают испытуемым чувство реальности по отношению к преступлению. Перцепторные предвосхищения выражаются в уверенности испытуемых в том, что они как будто бы «предвидели» настоящие события в деталях — путь, местность, внешний вид жертвы, одежду, предполагаемые с нею (ним) действия. Некоторые испытуемые утверждают, что «все события, имевшие место в предвосхищениях, как бы повторяются» (копируется внешний вид жертвы, действия и т.п.), и что все это «было предопределено». Аналогом перцепторных предвосхищений можно считать и «вещие» сны.

Дистония-синтония. Под эгодистоническим отношением к своему сексуальному влечению понимается обычно наличие критики к нему, что позволяет пациенту бороться с ним. Очевидно, что для этого необходимы осознавание его чуждости личности, наличие внутрипсихического конфликта. В психопатологическом аспекте речь идет о навязчивом, обсессивно-компульсивном характере влечения. Представляется, что наличие у индивида стратегий «совладания» также можно отнести к проявлениям эгодистонии: на подсознательном уровне личность пытается заместить неудовлетворяющее ее поведение.

Понятие «эгосинтония» отражает спаянность личности с аномальным влечением, невозможность критического отношения к нему и контроля над ним. Внутрипсихического конфликта при этом нет, иногда действия приобретают характер импульсивных.

В основе формирования эгосинтонической формы парафилий лежат различные механизмы:

1) эгосинтоническое принятие девиантных побуждений в пубертатном периоде, до осознания их противоречия социальным стандартам. В этих случаях возникает вопрос о степени зрелости психики такой личности;

2) заведомая неспособность руководствоваться социальными нормами поведения, знание которых остается в лучшем случае «декларативным» и не является «реальным». В этих случаях внутриличностного конфликта может и не быть, однако тогда встает вопрос о характеристике личности, не сумевшей интериоризировать их.

Компульсивность-импульсивность. Под сексуальной компульсивностью понимают чуждость возникающих побуждений, их аутохтонный, насильственный характер. Присутствует понимание неестественности и болезненности своих переживаний, возникает внутренний конфликт. Влечение в этих случаях у больных возникает непроизвольно, часто на фоне астенических состояний и дисфорий. Их возникновению сопутствуют аффективные нарушения, проявляющиеся в виде страха, тревоги, эмоциональной лабильности. Возникшее желание быстро приобретает характер доминирующей идеи, имеет выраженную побудительную силу, препятствует осуществлению привычных действий, сопровождается борьбой мотивов, которой сопутствует нарастание напряженности, раздражительности, тревоги. Попытки сдерживания возникшего влечения приводят к усилению эмоционального напряжения и беспокойства. В результате желание становится не подвластным индивидууму и толкает его на осуществление своего влечения. Реализация влечения в этом клиническом варианте сопровождается субъективным чувством облегчения, которое зачастую вскоре сменяется ощущением неадекватности совершаемого поступка. Нередко этому сопутствует парциальная амнезия. Однако ясное представление о сути совершенного ими вызывает снижение настроения с идеями самообвинения и самоуничижения, с переживанием чувства стыда и раскаяния, с вялостью и разбитостью.

При импульсивных расстройствах сексуальное влечение возникает внезапно для больного, его реализации не предшествуют внутренняя проработка и борьба мотивов, не будучи даже осознанным, оно реализуется без учета ситуации и обстановки. Этап выхода из этого состояния характеризуется кратковременным чувством облегчения и одновременно состоянием вялости, прострации.

Возможна интерпретация патогенеза вышеописанных вариантов влечения с позиции диссоциативных расстройств: когда механизм выбора объекта не осознается и не интерпретируется пациентом, немотивированность,

необусловленность выбора в сочетании с частичным осознаванием программы и возможностью занять позицию наблюдателя переживается пациентом как нечто чуждое, непонятное, навязанное, например при обсессивно-компульсивном характере аномального сексуального влечения. Полное отсутствие в сознании целей, мотива и программы поведения клинически проявляется как импульсивность.

Аддикция. Аддиктивный этап динамики парафилий характеризуется уходом от реальности, изоляцией от общества с постепенным упрощением отношения к самому себе, выработкой определенного аддиктивного ритма, фиксацией на заранее предсказуемой эмоции, которая достигается стереотипным образом, и, что самое главное, — с достижением иллюзии контроля своих аддиктивных реализаций, когда поведение функционирует как самообеспечивающаяся система.

Как представляется, аддиктивность, или зависимость, — более обобщающее понятие, которое применимо и к компульсивным, и к импульсивным формам парафилий. Последние же, хотя и могут являться этапами динамики патологического влечения, по клинической своей сути представляют различные психопатологические состояния. Не случайно и своеобразие парафильной активности, свойственное каждому из них. Например, в отличие от жестко фиксированного сценария, целиком определяемого внутренней ритуальной программой при компульсивных парафилиях, импульсивное сексуальное поведение нередко модифицируется в соответствии с характером внешнего стимула, варьируя от чисто педофильной до садистической активности.

Представленные феномены, конечно же, не исчерпывают всей клинической картины, наблюдаемой у лиц с парафилиями. Все описанные признаки находятся в неразрывной взаимосвязи и представляют собой лишь поведенческие и психопатологические проявления собственно парафильного акта, который, однако, оказывается сложным и многокомпонентным клиническим образованием как по содержанию, так и по форме.

5.9.3. Коморбидность при аномальном сексуальном поведении

Коморбидность нарушений половой идентичности, парафилий и других психических расстройств может быть достаточно сложной.

Результаты статистического анализа групп методом многомерного шкалирования показали, что, если в группе лиц без расстройств влечения отмечается большой разброс факторов, то для лиц с парафилиями характерен стержневой феномен — сочетание предпочтения общения с женщинами и генерализованного отрицательного или амбивалентного отношения к ним, т.е. совпадение объекта референции и объекта сексуального влечения, а также связь нарушений психического «Я» на стадии базовой половой идентичности и феномена, чрезвычайно характерного для парафилий, — психологической неудовлетворенности в нормативных гетеросексуальных контактах.

В группе лиц с эксгибиционизмом к характерному для всех парафилий сочетанию предпочтения общения с женщинами и амбивалентного отношения к ним присоединяется выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола, что отражает сложное нарушение на стадии психосексуальных ориентаций именно в выборе способов реализации вследствие изменения отношения к объекту влечения. Отмечается также

7 – 3935

сочетание переживания психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола и выбора социальной роли, естественной в данной культуре противоположному полу, что свидетельствует о связи нарушений психического «Я» на этапе половой роли и особенностей социальной адаптации. Сочетание негативного восприятия собственного телесного облика, элементов гиперролевого поведения и психологической неудовлетворенности в сексуальных контактах с партнером противоположного пола демонстрирует «сцепленность» нарушений физического и психического «Я» на всех этапах формирования половой идентичности. В группе лиц с садизмом обнаруживается сочетание предпочтения игровой деятельности в группе противоположного пола и психологической неудовлетворенности в сексуальных контактах с партнером противоположного пола, показывающее связь основного для парафилий феномена отсутствия психологического удовлетворения от нормативных сексуальных контактов с ранними нарушениями базовой идентичности. Сцепленность феноменов смешанного характера игровой деятельности и отождествления с персонажами противоположного пола показывает связь феноменов нарушения психического «Я» на стадии базовой идентичности, а сближение факторов негативного восприятия собственного телесного облика и стремления физически походить на противоположный пол говорит о связи ранних нарушений психического «Я» с расстройствами физического «Я». При педофилии, за исключением стержневого феномена, характерного для парафилий, обнаруживается больший разброс факторов по сравнению с другими видами парафилий, что сближает эту группу с лицами без расстройств влечения и может говорить о том, что нарушения этапов психосексуального развития, физического и психического «Я» в этой группе слабо связаны друг с другом, иными словами, она достаточно гетерогенна. Для полиморфного синдрома характерно сочетание предпочтения игровой деятельности в группе противоположного пола, предпочтения интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой роли и выбора сексуальной роли более характерной для противоположного пола, показывающее связь поражений психического «Я» на всех этапах развития.

Можно утверждать, что шанс развития парафилий без нарушений половой идентичности достаточно мал и появление последних обычно предшествуют развитию аномалий сексуального влечения. Подобная ситуация представляется близкой ко второму виду коморбидности, по M. Rutter (1997), т.е. представляет собой две стадии одного основного состояния (см. главу 2).

Однако нарушения половой идентичности не обязательно приводят к развитию парафилий, а могут обусловливать содержание других психопатологических состояний (псевдопарафильные формы). Сходство по содержанию не означает сходства по форме, а следовательно, и по механизмам регуляции. Эта ситуация ближе к первому варианту [Rutter M., 1997], в котором содержание болезненных переживаний в психотическом состоянии и нарушения половой идентичности — два проявления одного расстройства.

Статистический анализ коморбидности нарушений половой идентичности и парафилий при шизофрении показывает, что сочетание предпочтения общения с женщинами и генерализованного отрицательного или амбивалентного отношения к ним, которое остается стержневым, при шизофрении оказывается связанным с сочетанием предпочтения внешних атрибутов другого пола и негативного восприятия собственного телесного облика, что отражает тесную связь нарушений физического «Я» на этапе формирования базовой идентичности. В то же время выявлена корреляция этих

факторов с переживанием психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола, негативным восприятием физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола и стремлением физически походить на противоположный пол, что может отражать связь патологии физического «Я» на этапах идентичности и половой роли с поражением коммуникативного начала. Такие данные позволяют предполагать большую, недооцененную до сих пор роль нарушений физического «Я» при шизофрении в развитии парафильных синдромов. Общность такого патогенетического звена позволяет также предполагать, что в данном случае вариант коморбидности близок к третьему варианту, по M. Rutter — связь с одним общим фактором.

При статистическом анализе коморбидности нарушений половой идентичности и парафилий при органическом поражении ЦНС выявляется корреляция между сочетанием смешанного характера игровой деятельности или не соответствующего полу и отождествления с персонажами противоположного пола с комбинацией предпочтения общения с женщинами и психологической неудовлетворенности в сексуальных контактах с партнером противоположного пола, которые отражают нарушения на первой и третьей стадиях психосексуального развития. Подобные результаты дают основание для предположения о двух возможных вариантах взаимоотношений органического поражения мозга и парафилий: с наличием общего патогенетического фактора нарушений идентичности на этапе базисной половой идентичности (психического «Я») и на этапе психосексуальных ориентаций. Такие результаты заставляют задуматься о возможной роли времени воздействия органической вредности. Если первый вариант близок к описанному при шизофрении (третий вариант, по M. Rutter; однако ведущим нарушением является патология психического «Я»), то второй не исключает иного — когда одно состояние предрасполагает к другому (пятый вариант, по M. Rutter).

Особенности нарушений психосексуальных ориентаций при шизофрении. В.Е. Каган (1993) считает, что при психических расстройствах нарушения половой идентичности могут выступать в качестве их условий и следствий, занимая разное место в этиопатогенезе и патопластике. По его мнению, латентные вариации и нарушения половой идентичности, не проявлявшиеся в преморбидном периоде, могут заявлять о себе «выбором» симптома, например содержанием бредовых переживаний.

А.С. Андреев (1993) описал как разновидность конституционального варианта гомосексуальной ориентации сочетание ее с шизофренией, расценивая проявления гетеросоциальности и гетерофилии у таких лиц как форму компенсации астеношизоидной личности, а гомосексуальное влечение как форму пассивного подчинения. Перверсии при шизофрении проявляются преимущественно не в реальной половой жизни, а в содержании мастурбаторных фантазий и эротических сновидений, а половая жизнь характеризуется полиморфизмом, дефицитом нормативных коитусов и распространенностью суррогатных и заместительных форм [Пицак А.А., 1986].

По сравнению с другими нозологическими формами у лиц с сочетанием шизофрении и парафилий наблюдаются следующие особенности:

- чаще осознается мотивация парафильного поведения (связь между фантазиями или физическим дефектом и характером правонарушения), поэтому в некоторых случаях существует больше возможности для диссимуляции состояния;
- относительно чаще безличная бисексуальность;

- чаще ранняя допубертатная мастурбация (в варианте эякуляция без оргазма) и более выражено вообще предпочитание мастурбации другим видам сексуальной активности;
- почти исключительно при шизофрении отмечался слуховой характер сексуальных стимулов. Так, испытуемый Е. (эксгибиционизм) в фантазиях постоянно воспроизводил «детский смех»; испытуемый К. (полиморфный синдром) — журчание струи мочи женщин.

Ю.П. Жданов (1986) выделил три типа парафильных синдромов при шизофрении. Основой предлагаемой типологии синдрома сексуальных перверсий явилась качественная характеристика его структуры с учетом особенностей динамики при различных формах течения шизофренического процесса. Так, при первом типе синдрома наблюдаются ограниченный круг сравнительно легких перверсий, наличие у каждого больного преимущественно одной перверсии на протяжении длительного времени, мономорфность синдрома и его относительная стабильность. Для второго типа синдрома характерны количественное и качественное многообразие форм перверсий, полиморфная структура. На фоне постепенно нарастающего дефекта психики происходит отчетливая динамика от сравнительно легких к появлению наряду с прежними более сложных и тяжелых форм половых извращений. При третьем типе синдрома преобладают наиболее тяжелые формы перверсий, импульсивный характер полового влечения, садистские, агрессивные, гомицидные действия, стереотипный характер общественно опасных деяний.

5.9.4. Варианты динамики парафилий

Оценка вариантов течения парафилий, по нашему мнению, должна опираться на сопоставление изменений клинической картины с направлением нормального онтогенеза и учетом последовательности его этапов.

Стационарный. При данном типе динамики аномальное сексуальное поведение отличается высокой степенью стереотипности, многократно повторяется один рисунок поведения с одинаковыми субъективными переживаниями.

Прогрессивный. О данном типе течения можно говорить, когда при смене синдромов или видоизменении уже имеющихся в клинической картине синдромов болезни появляются формы поведения или переживаний, присущие определенным периодам нормативного онтогенеза и «выпавшие» в ходе развития именно данного индивида. У серийного сексуального преступника Г. после ряда садистических убийств мальчиков в переживаниях стали появляться эротические элементы, возникли потребность в ласках, тенденция к избирательности поведения (правда, выразившаяся в чудовищно-гротескной форме: наиболее понравившегося мальчика он мучил дольше других). В другом случае стереотип поведения серийного насильника П. стали прерывать слезы жертв, возникло чувство жалости к ним. Может также наблюдаться смена дистантных способов патологической коммуникации (эксгибиционизм) на контактные. Другой критерий этого типа течения — смена объекта влечения с приближением к нормативному (гомосексуальный на гетеро-, педо- эфебофильный).

Регрессивный. В этом случае в качестве первого критерия выступает смена синдромов на более онтогенетически ранние или архаические: изнасилования, гомосексуальные анальные половые акты или феллация сменя-

ются агрессивно-садистическим поведением, некрофилия — стремлением к издевательству над трупами (некросадизм) или каннибализмом. Вторым критерием также является смена объекта влечения с удалением от нормативного, третьим — утрата обратной связи (реакция жертвы перестает иметь значение и регулировать поведение), что свидетельствует о распаде коммуникации.

5.10. Сексологическая карта

С учетом специфичности сексологического исследования в практике судебной экспертизы в лаборатории судебной сексологии была разработана карта сексолога, представляемая ниже.

Карта сексолога от ______________
(дата обследования)
на ______________________________
(Ф.И.О. обследуемого, г.р.)

Анамнез

1. Наследственность:
2. Беременность и роды у матери:
3. Родительская семья:
4. Раннее развитие и болезни этого периода:
5. Ролевые игры:
6. Взаимоотношения с окружающими:
7. Успеваемость и проведение досуга, увлечения:
8. Характер:
9. Развитие либидо:
10. Эротические сны и фантазии:
11. Мастурбация:
12. Возраст и обстоятельства первой эякуляции:
13. Первый половой акт или контакт:
14. Динамика половой жизни:
15. Половая жизнь в браке:
16. Взаимоотношения в семье:
17. Девиации и парафилии:
18. Особенности сексуального поведения при совершении правонарушения:

Психический статус

1. Невербальное поведение (поза, жесты, мимика):
2. Отношение к беседе на сексуальные темы, степень открытости:
3. Голос, речь, мышление, внимание:
4. Настроение, аффективные реакции на вопросы:
5. Интеллект:
6. Продуктивная психопатологическая симптоматика:

Неврологический статус

1. Черепно-мозговые нервы:
2. Рефлексы (включая кремастерный, кавернозный, инверсия ахиллова):
3. Патологические феномены:
4. Дермографизм:
5. Мозжечковые расстройства:

Соматический статус

1. Оволосение лобка, возраст появления:
2. Оволосение подбородка, возраст:

3. Тип оволосения:
4. Отложение жира:
5. Внутренние органы:

Половая система

1. Половой член: длина ... окружность ...
2. Мошонка: тонус ... пигментация ... складчатость
3. Яички: размеры — правое ... левое ... консистенция ... болезненность ...
4. Придатки: размеры — правый ... левый ... консистенция ... болезненность ...
5. Предстательная железа: форма ... размеры ... консистенция ... борозда ... болезненность ...

Половая конституция

1. Кг =
2. Ка =
3. Кф =
4. Ка/Кг =
5. ТИ =
6. индекс Таннера =
7. Р.Е. =

Сексуальный дизонтогенез

1.
1.1. 1.2. 1.3. 1.4.
1.1.1. 1.2.1. 1.3.1. 1.4.1.
1.1.2. 1.2.2. 1.3.2. 1.4.2.
1.1.3. 1.2.3. 1.3.3. 1.4.3.
1.4.4.
1.4.5.
2.
2.1. 3.
2.2.1. 3.1.
2. 3.2.
3.
4.
5.
6.

Расстройства половой идентичности

1. 2.
1.1. 1.2. 1.3. 2.1. 2.2. 2.3.1
1.1.1. 1.2.1. 1.3.1. 2.1.1. 2.2.1. 2.3.2.
1.1.2. 1.2.2. 1.3.2. 2.1.2. 2.2.2. 2.3.3.
1.1.3. 1.3.3. 2.1.3.
3. 4. 5.
3.1. 4.1. 5.1.
3.2. 4.2. 5.2.
3.3. 4.3. 5.3.
3.4.
3.5.
3.6.
3.7.1.

Стереотипизация парафильного поведения

1. 2. 3. 4. 5.
1.1. 2.1. 3.1. 4.1. 5.1.

1.2. 2.2. 3.2. 4.2. 5.2.
1.3. 2.3. 4.3. 5.3.
2.4.

Диагноз

1. Ведущий сексологический синдром.

2. Основное сексуальное расстройство.

3. Психическое или соматическое заболевание, послужившее причиной возникновения сексуального расстройства.

4. Заболевание, оказавшее патопластическое или провоцирующее действие на сексуальное расстройство.

Врач-сексолог ____________________

5.11. Параклинические методы исследования

Специфические сексологические методы. К ним относится вакуум-терапия или метод локального отрицательного давления (ЛОД), который применяется в терапии сексуальных расстройств. Значение его для сексологической экспертизы определяется тем, что его применение позволяет ответить на вопрос о возможности эрекции у данного лица. Возникновение такого вопроса у эксперта логично, когда речь идет о выраженном поражении сосудов, в частности сосудов полового члена при различных нозологиях, например при сахарном диабете. Однако не следует ждать от этого метода четкого ответа на вопрос о способности к проведению полового акта: наличие в данном случае эрекции свидетельствует лишь о сохранности сосудов полового члена, возможность же проведения полового акта в значительной мере обусловлена сохранностью психической составляющей.

Электроэнцефалография. Данные этого исследования иногда представляют ценность для уточнения диагноза при спорных клинических случаях. У лиц, совершивших попытки удушения женщин в момент оргазма, эксгибиционистские акты, нередко выявляются очаги патологической активности в левой височной доле (или в правой у левшей), что должно насторожить эксперта в плане предположения о психомоторном пароксизме. Расположение очага в области диэнцефального отдела иногда подтверждает клинические признаки гиперлибидемии.

Генетические методы. Генетические исследования гомосексуальности показали, что среди родственников гомосексуальных лиц, особенно по материнской линии, также встречаются гомосексуалы, а ими чаще всего оказываются младшие сыновья, причем каждый старший брат увеличивает ее вероятность на 33 % [Blanchard R., Bogaert A., 1996; Blanchard R., Klassen P., 1997]. Утверждение о гене гомосексуальности, находящемся в X-хромосоме [Hamer D., Copeland P., 1994; цит. по: Кон И.С., 1998], представляется сомнительным не только вследствие недостаточной полноты доказательств, но и с учетом крайне малой вероятности того, что такое сложное явление как психосексуальная ориентация (по полу) может определяться одним каким-либо геном.

Цитогенетические методы. По данным Н.И. Олейникова (1988), у 0,26 % (в общей популяции — 0,1 %) лиц, прошедших экспертизу, выявлена хромосомная аномалия 47XYY, а за 3 года работы лаборатории судебной сексологии среди сексуальных преступников обнаружено 3 случая синдрома Клайнфельтера (кариотип 47XXY). Эти данные говорят о необ-

ходимости использования генетических методов в сексологической экспертизе.

Приведем описание случаев хромосомной аномалии у лиц, проходивших экспертизу по поводу аномального сексуального поведения.

Испытуемый К., 17 лет, обвинялся в том, что в состоянии алкогольного опьянения совершил половой акт с малолетним П. в извращенной форме с применением угроз и физического насилия. Из показаний потерпевшего, 1982 г.р.: под угрозой избиения пошел с испытуемым и другими подростками пить водку. После выпитого ему стало плохо, кто-то ударил его ногой по пяткам, кто — не помнит. Когда пришел в себя, его бил ногами К. с другим подростком. Просил К. отпустить его, предлагал деньги, тот торговался, но потом отказался отпустить, даже за деньги. Когда хотел убежать, К. поставил ему подножку. За одежду подтащил к костру, когда мимо кто-то проходил, зажал потерпевшему рот и нос, чтобы тот не позвал на помощь. Говорил, что, если он не «отсосет» у них, они его убьют. Когда тот стал отказываться, К. закрыл ему рот, чтобы он не смог дышать. Потом в кустах заставил его взять половой член в рот, угрожая убийством в случае отказа. Это продолжалось около 7 мин, семяизвержения не было. Потом бил кулаками по плечу и спине, заставил снять штаны, ввел половой член в задний проход. Половой акт продолжался около 10 мин, семяизвержения не было. Потом К. сказал ему, что завтра он должен будет привести ему свою маленькую сестру, иначе будет должен 0,5 млн рублей; если не отдаст, он убьет его.

При обследовании установлено следующее. Отец злоупотреблял алкоголем, состоял на учете у нарколога. У матери резус-отрицательный фактор крови. В семье один ребенок. О родителях говорит неохотно; отметил, что «оба хорошие люди». Отца защищает, говорит, что тот бросил пить, его никогда не обижал. В то же время отмечает, что откровенным ни с кем из родителей не был. В период новорожденности перенес пневмонию, черепно-мозговую травму. С года посещал детские дошкольные учреждения, с трудом привыкал, от воспитателей были замечания по поводу поведения, но был добрым, общительным. До 7 лет страдал энурезом. В школу пошел с 7 лет, программу 1-го класса усваивал слабо, во 2-м классе был несдержанным, неуравновешенным, часто вступал в конфликты, грубил в ответ на замечания, пугал девочек, на уроках гримасничал, выкрикивал, смешил детей. Интереса к учебе не проявлял, уроки дома делал со слезами, под контролем матери. В 1987 г. был консультирован у психиатра, на приеме был двигательно расторможен; выявлены низкий интеллект, неустойчивость, истощаемость внимания. В 7-м классе жаловался на головную боль, усталость, был отвлекаемым, неусидчивым, забывчивым, легко поддавался дурному влиянию, сбегал из школы. Во время уроков громко разговаривал, мешал вести занятия, при устных ответах терялся, не мог отвечать в присутствии всего класса, не показывал тетрадь с выполненными домашними заданиями, на переменах бегал, был крайне подвижен, не реагировал на замечания. При осмотре психиатром в декабре 1991 г. жаловался на частые головные боли в области висков, усиливающиеся при эмоциональных нагрузках, периодически немотивированно плохое настроение; отмечалось, что испытуемый робкий, нерешительный. В 1992 г. находился на лечении в ПБ. Был крайне отвлекаем, непоседлив. Говорил, что с 4-го класса испытывает повышенную утомляемость, затруднения в учебе. Сообщал, что не может спокойно высидеть урок; ухудшилась память, не может усваивать новый материал. Сказал, что с 10 лет после просмотра фильмов ужасов испытывал страхи, снились страшные сны, просыпался и кричал по ночам, не оставался один в темноте, в очертаниях предметов мерещились чудовища из «жутиков», а днем бывает ощущение сзади стоящего, слышит голос человека, который говорит: «Иди сюда». Однако эти высказывания никак не развивал, на протяжении пребывания в больнице они больше не повторялись. Выявлены ограниченный запас школьных знаний, выраженная истощаемость. В отделении был крайне расторможен, легко возбудим, конфликтен с детьми, но не злопамятен. Настроение легко менялось, бывал хмурым, обижался на замечания. На занятиях был рассеянным, непродуктивным. Выписан с диагнозом: остаточные явления органи-

ческого поражения ЦНС, психоорганический синдром. С 7-го класса обучался на дому. Согласно характеристике, в перерывах между занятиями выплескивал свою энергию в беготне, подвижных, шумных играх, был сильно возбужден, однако во время уроков часто ссылался на усталость. Периодически отмечалось снижение АД, беспокоили головные боли, сопровождавшиеся тошнотой. Успевал плохо, из предметов нравились только труд и физкультура. С девушками не дружил, предпочитал мальчишеские компании, стремился к лидерству. Любил смотреть фильмы, гулять по улице. Неоднократно начинал ходить в секции восточных единоборств, но дольше месяца нигде не удерживался — «надоедало». В подвижных спортивных играх не участвовал, но подраться мог. Было замечено, что нюхал клей. С момента окончания школы не работал и не учился. При проведении АСПЭК отмечено, что формально, односложно отвечал на вопросы, эмоционально был маловыразителен. Настроение было ситуационно снижено. Высказывал жалобы на эпизодические головные боли, формально сожалел о случившемся. Суждения были поверхностными, облегченными. Отмечал, что в КПЗ периодически «видел» в окне лицо старика, который улыбался или был угрюм.

Сексологический анамнез. Девочки стали нравиться с 4-го класса, гулял с ними, с удовольствием общался. С 14 лет начал целоваться, по инициативе девчонок. Попыток половой близости не было, хотя желание было, но боялся заразиться венерическим заболеванием. Эротические сны и фантазии отрицает. Знает, что такое мастурбация, раз попробовал — семяизвержения не было; «не понравилось», потом не было желания. Наличие поллюций отрицает. Семяизвержения ни разу не было. Спонтанные эрекции сохранены.

Психический статус. Поза нарочито небрежная, жесты неуклюжие, угловатые, мимика бедная, часто улыбается без повода. При расспросах о неблагоприятно характеризующих его фактах становится грубым, раздражается, демонстративно отказывается отвечать на вопросы. С бравадой рассказывает, что с 15 лет в компании сверстников злоупотребляет алкоголем, может один выпить бутылку водки, эпизодически принимает паркопан, вдыхает пары клея «Момент», при этом «видит глюки», содержание которых не помнит. Говорит так же, что пробовал колоться кетамином, курить анашу. При беседе на сексуальные темы становится нарочито циничным, при уточняющих вопросах смущается. Сначала заявлял, что его девочки не интересуют, затем после провокационных высказываний врача стал говорить, что у них нет непорядочных девушек, которые согласились бы на половой контакт, затем сказал, что боится заразиться. Содеянное отрицает. Мышление с чертами вязкости, обстоятельности, суждения конкретные, примитивные, инфантильные. Настроение колеблется от благодушного до пониженного с оттенком злобности. В отделении поведение неровное, временами бывает двигательно расторможенным, навязчивым к персоналу, конфликтует с другими испытуемыми, однако корригирует свое поведение в ответ на замечания.

При экспериментально-психологическом исследовании на фоне установочного поведения испытуемого, стремления скрыть информацию о самом себе обнаруживается способность к выполнению основных мыслительных операций на функциональном уровне с использованием практически значимых признаков предметов, к установлению несложных логических последовательностей и связей, к владению условными смыслами распространенных метафор. Отмечаются колебания внимания и умственной работоспособности. Выявляются такие индивидуально-психологические особенности, как признаки личностной незрелости, эмоциональная неустойчивость и поверхностность, слабая сформированность мотивационно-смысловой сферы, склонность брать на себя решение различных проблем без достаточного учета собственных возможностей.

Неврологический статус. Асимметрия лицевого черепа, деформация ушных раковин. Ослаблена конвергенция, асимметрия носогубных складок, девиация языка влево. Сухожильные рефлексы оживлены, ахилловы несколько снижены. Слабоположителен симптом Якобсона—Ласка с обеих сторон. Заключение невропатолога: последствия патологии раннего периода развития.

Соматический статус. Осмотр терапевта: высокого роста, диспластичен, дыхание через нос затруднено; мацерация кожи крыльев носа, из носовых ходов слизис-

тое отделяемое; внутренние органы без видимой патологии. Заключение терапевта: хронический ринит.

Осмотр сексолога. Рост 182 см, длина ноги 91,5 см. ТИ 1,99, индекс Таннера 59, Р.Е. 105,65. Астенически-евнухоидный тип телосложения. Оволосение лобка с 16 лет, подбородок — единичный пушковый волос. Оволосение лобка по женскому типу. Отложение жира на животе. Половой член: длина 8 см, окружность 11 см. Мошонка: тонус сохранен, пигментация отсутствует, складчатость выражена. Яички: размеры — правое 1,2×1,8 см, левое 1,9×2 см, консистенция эластическая, болезненности нет. Придатки: пальпаторно не определяются. Предстательная железа: форма обычная, размеры уменьшены, консистенция тугоэластическая, борозда не определяется, болезненности нет.

Диагноз: синдром Клайнфельтера, первичный гипогонадизм, тотальная задержка пубертатного развития.

При генетическом исследовании определен кариотип 47 XXY. На ЭЭГ выявляются умеренные изменения, характеризующиеся снижением реактивности коры головного мозга с дизритмией, признаками дисфункции стволово-диэнцефальных структур.

Испытуемый Ш., 23 лет, обвинялся в том, что осенью и в декабре 1987 г. изнасиловал гр-ку Ч. Из показаний потерпевшей Ч., 1932 г.р.: проснулась от укола в бок ножом. Требовал, чтобы вступила с ним в половую связь, раздел, бил, изнасиловал, вводил половой член в рот, облил холодной водой, угрожал убийством. В ночь с 22 на 23 декабря, будучи в состоянии алкогольного опьянения, взломал замок, взял из дома Ч. топор, с которым пришел к дому Ш., и разбил окно и раму. Затем проник в дом Н., где этим топором убил Н., спящих ее дочь и внука, похитил наручные часы, 8 руб и шапку. В дальнейшем, скрывшись из села, приехал к своей старшей сестре, у которой похитил крупную сумму денег. Позже вместе с Ш. совершил квартирную кражу и разбойные действия в отношении проводницы поезда (угрожал штыком).

При обследовании установлено следующее. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился 2-м из 6 детей, все дети у матери от разных отцов. Родной отец оставил семью сразу после его рождения, первый отчим жил в течение 7 лет, характеризует его отзывчивым, затем появился новый, который пил, дрался с матерью и испытуемым. Воспитывался в основном матерью, которую считал доброй, но вспыльчивой. Развивался физически слабым, до 10 лет страдал энурезом. Рос в трудных материально-бытовых условиях. С 5-летнего возраста помогал матери, работал на ферме и ухаживал за младшими детьми. Часто выполнял тяжелую для своего возраста физическую работу, иногда не справлялся с ней, за что мать ругала его, кричала, применяла физические меры наказания. Временами становился упрямым, отказывался выполнять работу. Начиная с 6—7 лет, если мать кричала, угрожала ему, стал отвечать тем же, а при физическом воздействии со стороны матери убегал из дома, прятался на чердаке или сеновале, приходил домой поздно вечером или на следующий день. Постепенно становился крайне упрямым, обидчивым, легко раздражался, возбуждался, грубил окружающим, мог ударить обидчика. В возрасте 7 лет был оперирован по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. В школу пошел с 8 лет. Начиная с 1-го класса учился плохо, без желания, не принимал участия в играх сверстников, держался отгороженно, часто прогуливал уроки. С 9 лет бил кур, любил мучить животных, мог сжечь кошку в бензине, вытаскивал внутренности у кур и голубей, рассматривал их, душил кошек, для чего специально приобрел резиновую перчатку, нравилось, как они дергались. При этом становился веселым, спокойным, поднималось настроение. После окончания 3-го класса был переведен в школу-интернат. Как следует из характеристики и показаний учительницы, в этот период совершал частые побеги из интерната, бродяжничал. Любил носить с собой нож. Способности к учению у него были слабые, ничем не интересовался. По характеру был вспыльчивым, часто дрался с ребятами по малейшему поводу, близких друзей не имел, общаться не любил. У него не было никаких увлечений. Со слов испытуемого, увлекался рыбной ловлей, нравилось «возиться» с лошадьми. Примерно с 12 лет стал эпизодически употреблять спиртные напитки. В 13 лет после того, как поругался с матерью, которая пыталась заставить

его работать на огороде, взял веревку, стал вешаться, но был замечен братом в петле. Повторная суицидальная попытка в 16 лет, когда подрался со старшей сестрой, которая в детстве его била; после драки мать упрекнула его, что нельзя бить девушек; после ее слов вновь пытался повеситься. С этого же возраста стал забивать свиней, при этом становилось весело. В 16 лет был рост 167 см, за последующие 2 года резко вырос. После окончания 8-го класса поступил в ПТУ по специальности «тракторист». Учился крайне слабо и, как следует из характеристики, зарекомендовал себя недисциплинированным учащимся. Систематически прогуливал занятия, за что был отчислен. Около месяца жил в землянке, которую сам построил. В дальнейшем работал скотником в совхозе. В характеристике отмечено, что он не мог по часам определить время. К работе относился добросовестно, по характеру был замкнут, необщителен. Два раза направляли на курсы водителей, но был отчислен за прогулы и драки. В 1984—1986 гг. служил в армии. Как следует из характеристики и показаний командира роты, на 2-й день службы самовольно оставил часть. По характеру был вспыльчив, неуравновешен, обидчив, на замечания реагировал болезненно, был необщителен. Трижды совершал самовольные отлучки из части, объяснял их тем, что желал уединиться (на самом деле ходил к знакомой девушке). В связи с таким поведением находился на обследовании в психиатрической больнице, откуда совершил побег. Находясь в отделении, с врачами был груб, прямолинейно заявлял, что обследоваться не будет и убежит, так как ему все надоело. Свое поведение объяснял характером. В дальнейшем работал бетонщиком в строительно-монтажном поезде. Вернувшись в село, устроился работать на ферму. Часто совершал прогулы, мог уйти, не выполнив своих обязанностей. Злоупотреблял спиртными напитками, в общественных местах вел себя вызывающе.

В процессе следствия вину в совершении убийства семьи Н. признал полностью. Находясь на стационарной СПЭК, был правильно ориентирован, правильно понимал цель направления на экспертизу. Во время беседы был раздражителен, вспыльчив, несдержан, при возражениях по поводу его заявлений кричал, краснел, но быстро успокаивался. О правонарушении сообщал с цинизмом, подробно. Отмечался сниженный запас общеобразовательных знаний. Мышление было логичным. В отделении был развязным, стремился лидировать среди испытуемых. При экспериментально-психологическом исследовании выявлялись сниженный объем непосредственного и опосредованного запоминания, сниженный уровень обобщений, затруднения при установлении логической зависимости. Установление причинно-следственной связи ему доступно.

Сексологический анамнез. Поллюция впервые в 19 лет однократно, онанизм в 22 года несколько раз. В этом же возрасте впервые стал обращать внимание на женщин. Познакомился с девушкой на год моложе. Первый половой акт в 19 лет с ней же, семяизвержение произошло сразу после введения члена, повторный — затяжной, до 30 мин. После армии в 20 лет на дискотеке знакомился с девушками 16—17 лет, но быстро ругался с ними; на одной собирался жениться, в половую связь с ней не вступал.

Психический статус. Охотно идет на контакт с врачом, держится развязно, манерно. Эпизодически жалуется на головную боль, плохой сон. О правонарушении рассказывает свободно, без особого сожаления, довольно подробно, добавляет, что все это произошло потому, что он был в состоянии алкогольного опьянения. Поясняет, что мотивом для убийства послужило давнее оскорбление его потерпевшими: «Я на Н. давно имел зло, потому что они распустили слухи про меня по всему селу... после того как выпил, захотелось кого-нибудь убрать». Раздражаясь, отказывается отвечать на вопросы об изнасиловании, но при переходе на другую тему быстро успокаивается. Довольно прямолинейно интересуется сроками комиссии, возможным решением, при этом угрожает «покончить с собой». Хорошо ориентируется в бытовых и практических вопросах. Фон настроения остается неустойчивым. Мышление конкретного типа, суждения примитивные, легковесные. Понимает противоправность и наказуемость своих действий. В отделении быстро освоился, сразу же вошел в контакт с психопатизированными испытуемыми, шутит, пытается их группировать, лидировать. По малейшему поводу конфликтует с медицинским персоналом, причем сам провоцирует конфликтные ситуации. Требует к себе осо-

бого отношения, демонстративно просит перевести его в изолятор, затем обратно в общую палату; обещает не нарушать режим, но свое обещание не выполняет.

При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступает аномальный характер индивидуально-психологических особенностей в виде бесконфликтного и недостаточно критичного отношения к своему поведению и личности, аффективной ригидности, склонности к импульсивной разрядке эмоционального напряжения, ослабленного контроля действий в аффективно-насыщенных ситуациях, выраженного эгоцентризма, раздражительности, пониженной эмпатии и чувства вины, повышенной требовательности к окружающим у незрелой личности с ограниченным кругом интересов, нарушенными социальными контактами, пониженной способностью к устойчивым и близким отношениям, стремлением к достижению, влиянию, фрустрации, асоциальные потребности. Отмечаются невысокий интеллектуальный уровень, трудности оперирования абстрактными категориями, тенденция к понижению качества ответов по конкретно-ситуационному типу в сочетании с некоторой нецеленаправленностью мышления, склонностью к субъективному характеру решений с элементами аффективной логики, некоторой утомляемостью.

Неврологический статус. Недостаточность конвергенции, асимметрия лицевого черепа. Сглажена правая носогубная складка. Легкая девиация языка влево. Заключение невропатолога: легкие органические изменения ЦНС.

Соматический статус. *Осмотр терапевта:* астенического телосложения, пониженного питания. Заключение: хронический бронхит, экстрасистолическая аритмия.

Осмотр сексолога: рост 192 см, длина ноги 101 см, ТИ 1,9, индекс Таннера 101; астенический тип телосложения; оволосение лобка с 16 лет, подбородок — редкие пушковые волосы; оволосение лобка — горизонталь по женскому типу; половой член — длина 11 см, окружность 10 см; мошонка — тонус сохранен, пигментация отсутствует, складчатость выражена; яички — правое 4×3 см, левое 4×3 см, консистенция эластическая, безболезненные. Придатки: пальпаторно не определяются. Предстательная железа: форма обычная, размеры уменьшены, консистенция тугоэластическая, борозда не определяется, безболезненная.

Сексологический диагноз: агрессивно-садистические тенденции на фоне ретардации сексуального развития.

На ЭЭГ — легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Цитогенетическое исследование — кариотип 47 XYY.

Специфичность клинической картины приведенных случаев становится видна при онтогенетическом анализе. Ранние невропатические и гипердинамические проявления сменяются стойким психопатоподобным синдромом с аффективными колебаниями, который в пубертате приобретает гебоидные черты. Психическое и физическое развитие практически останавливается на препубертатном периоде, что проявляется выраженным инфантилизмом. В сексологическом плане обращают на себя внимание выраженность задержки психосексуального развития, несформированность образа объекта сексуального влечения и вида предпочитаемой сексуальной активности. Однако не формируется и целостный парафильный синдром, очевиден его «осколочный», полиморфный и редуцированный характер, причем преобладают поведенческие, а не идеаторные проявления: какой-либо стереотип аномального сексуального поведения не устанавливается. Характерной особенностью таких лиц представляется также легкость наступления регрессии поведения под влиянием психо- и соматогений с выраженной ее глубиной, что отмечалось Н.И. Олейниковым (1988) у индивидов с синдромом «XYY».

Выявление подобных дизонтогенетических закономерностей в сочетании с диспластическими типами конституции и РМД должно настораживать эксперта в плане диагностики генетических аномалий.

5.12. Проблемы диагностики

Вполне оправдана настороженность эксперта в отношении возможности симуляции парафилий, когда испытуемый связывает свое поведение с несуществующими девиантными переживаниями, которым намеренно придается патологический характер с нарочитым их описанием как неодолимых, овладевающих состояний. Недостоверность подобных описаний с недоучетом значимых психопатологических деталей состояний компульсивности, их несоответствие стереотипам развития и динамики собственно парафилий и особенно отсутствие элементов сопряженных клинических феноменов — все это обычно не создает затруднений в распознавании симуляции патологии сексуального влечения.

Однако гораздо чаще эксперту приходится встречаться со случаями диссимуляции парафилий. Эта установочная позиция испытуемого объясняется хотя бы тем, что при расстройствах влечения, часто непосредственно связанных с криминальным поведением, раскрытие девиантных переживаний, особенно соответствующих структуре противоправного поведения, для испытуемого практически означает и признание в инкриминируемых деяниях. Нередко диагностика осложняется сочетанием симуляции психопатологических состояний с диссимуляцией парафилий.

При возникающих противоречиях между объективно выявляющейся картиной и субъективной ее интерпретацией тактика эксперта вынужденно направлена на использование косвенного опроса, нацеленного на выявление тех особенностей сексуальности подэкспертного, которые не прямолинейно и не очевидно связаны с конкретной структурой предполагаемых расстройств влечений (например, характеристики половой и сексуальной роли, мотивация гетеро- и гомосексуального партнерства и т.д.). Следует также особо обращать внимание на сочетание несопоставимых объяснительных концепций самого испытуемого в отношении разных деяний, феноменологически представляющих однородные клинические состояния и поведенческие акты.

Одним из следствий своеобразия связей между парафилиями и противоправным поведением является необходимость анализа и оценки в заключении каждого поведенческого акта. Данное требование исходит из возможного различия программы поведения в разных случаях, а также из разнообразия психопатологических расстройств, что предопределяет дифференцированную оценку вменяемости как состояния в момент противоправного деяния. Поэтому принципиальным как для экспертного исследования, так и для заключения в этих случаях должен являться акцент на анализе состояния пациента в момент деяния, что снижает значение критериев, отражающих общий уровень адаптации вне сексуальной активности, например профессиональную компетентность и т.п., на которые привыкли ориентироваться многие эксперты как на самодостаточный и определяющий признак сохранности когнитивных и волевых процессов.

Также с осторожностью должны использоваться не имеющие клинического смысла высказывания о «самопопустительстве», «расторможенности», обычно подразумевающие произвольный, сознательный механизм поведения, что в условиях диагностики парафилий обычно противоречит аутохтонности и плохой осознаваемости собственных побуждений в принципе. Особое значение это приобретает в случаях так называемых серийных сексуальных правонарушений, когда анализу подвергается поведение на протяжении длительного периода времени, иногда исчисляемого годами. Здесь неизбежно встает вопрос о возможной динамике патологии влечений, свя-

занной с чередованием и сменой различных по психопатологической структуре и глубине состояний, прежде всего в момент реализации девиантных побуждений.

5.13. Цель, структура и объем сексологического экспертного заключения

Методический материал сексологического исследования подбирается в зависимости от конкретных задач, процессуального положения испытуемого, полонозрастных факторов, вида экспертизы по месту и условиям ее проведения.

Необходимо применять следующий минимальный набор методов оценки основных проявлений сексуальной сферы:

- методики оценки психосексуального и соматосексуального развития с помощью сбора сексуального анамнеза, оценки половой конституции, оценки по шкалам идентичности, дизонтогенеза;
- методики антропометрического обследования, включающие определение трохантерного индекса (ТИ), индекса полового диморфизма Таннера, индекса RE (Rees—Eysenk) для определения типа соматической конституции.

При подозрении у подэкспертного расстройств сексуального влечения может использоваться психофизиологический метод исследования. При необходимости, в частности при определении способности подэкспертного к совершению половых актов, применяется методика локального отрицательного давления.

При подозрении у подэкспертного соматических расстройств, патогенетически связанных с аномальным сексуальным поведением, необходимо исследование гормонов (тестостерон, эстрогены, пролактин, лютеотропин — фолликулостимулирующий и лютеонизирующий).

Для диагностики степени половой зрелости применяют комплекс специальных методов обследования с привлечением консультаций эндокринолога (с целью выявления нарушений соматоэндокринного развития), рентгенолога (верификация так называемого костного возраста на рентгенограммах кистей), невропатолога, нейрофизиолога и др.

Данные сексологического исследования должны быть обобщены в заключении сексолога.

В связи с тем что получаемые фактические данные впоследствии будут входить в систему доказательств по уголовному делу, они должны быть изложены, насколько это возможно, ясным и общепонятным языком, в форме, которая в максимальной степени облегчала бы непосредственную оценку данных адресатом доказывания с разъяснением и расшифровкой узкоспециальных терминов. Тем более это касается результатов антропометрической части сексологического исследования, приводимых квантифицированных показателей. Получаемые при этом индексы в цифровом выражении должны сопровождаться соответствующими пояснениями, раскрывающими их смысл и значение для последующей диагностики. Например: «Приведенные антропометрические данные в сопоставлении с анализом сексуального анамнеза свидетельствуют о дисгармоничном протекании пубертатного развития вследствие расхождения опережающего соматосексуального и резко задержанного психосексуального становления».

Сексологическое исследование консультативного характера (в объеме консультации) в рамках СПЭ должно дать экспертам-психиатрам информа-

цию об особенностях психо- и соматосексуального развития, наличии расстройств сексуального влечения, нарушений половой идентичности и состояния сексуальной сферы испытуемого, которые необходимы для уточнения диагноза и решения экспертных вопросов.

Сексологическое исследование в рамках комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы (КССПЭ) нацелено на выявление юридически значимых расстройств сексуальности с последующей формулировкой ответов на интересующие правоохранительные органы вопросы.

В рамках КССПЭ равноправным с клинико-психопатологическим является сексологический метод исследования, при котором производится оценка своевременности и соответствия половой принадлежности различных проявлений сексуального развития как в психической сфере, так и на соматическом уровне.

Сексологическое обследование содержит анамнестические сведения, значимые для оценки сексуального становления, такие как характер игровой деятельности, особенности половой идентификации и роли, сроки основных сексуальных проявлений и др. Особого внимания заслуживает описание формирования сексуального влечения и динамики вариаций его реализации. Детально излагаются те девиантные действия, которые послужили основанием для возбуждения настоящего и прошлых уголовных дел, с акцентом на тех поведенческих проявлениях, которые в последующем используются для квалификации расстройств влечений.

Данные сексологического исследования должны быть обобщены в заключении сексолога. Резюмирующая часть представляет собой формулировку экспертных выводов, т.е. ответов на вопросы органа, назначившего экспертизу, которые входят в компетенцию судебного эксперта-сексолога, и их подробное обоснование.

После проведения исследования, входящего в его компетенцию, эксперт-сексолог в ходе взаимодействия с экспертом-психиатром сопоставляет полученные результаты с общей картиной психического расстройства, если таковое выявляется, согласует совместные экспертные выводы и участвует в оформлении экспертного заключения.

Сексологическое исследование в рамках комплексной судебной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы (КССППЭ) может быть нацелено на выяснение различных вопросов в зависимости от вида экспертизы.

Экспертиза несовершеннолетних обвиняемых: для оценки сексологического развития подэкспертного в рамках КССППЭ необходимо детальное исследование всех этапов психосексуального развития с целью оценки их сформированности, что невозможно без направленного психологического исследования.

В КССППЭ по определению способности малолетних и несовершеннолетних потерпевших по делам о половых преступлениях понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление виновному в обследование включается выяснение следующих вопросов: а) осведомленность потерпевшей (его) в вопросах пола (о физиологических различиях между мужчиной и женщиной, особенностях функционирования женского организма, вопросах деторождения и др.); б) знание социальных (морально-этических, правовых) аспектов отношений между мужчиной и женщиной, социального значения половых преступлений вообще и в частности для самой потерпевшей (его).

Заключение сексолога имеет стандартную структуру для всех видов исследования и состоит из следующих разделов: 1) краткая фабула инкриминируемого деяния («Как следует из материалов уголовного дела ... ФИО об-

виняется в том, что...» включая дату, время, место правонарушения, возраст потерпевшей/их, № статьи УК РФ); 2) обобщенное изложение тех содержащихся в материалах уголовного дела данных об особенностях поведения и сексуального влечения испытуемого в период деликта, которые имеют значение для последующей диагностики; 3) основная часть: а) изложение сексологического анамнеза испытуемого, включая лишь те факты, которые служат обоснованием для выставленного в заключении диагноза и/или на основании которых дается ответ на поставленный перед экспертами вопрос. Подробно излагаются особенности расстройств сексуального влечения, поведения, субъективных переживаний испытуемого в момент деликта и не исключают использование лексики подэкспертного, приводимой в прямой речи. Допустимо сочетание объективной информации с ее изложением самим испытуемым, например в хронологической последовательности. Особенно это правомерно в тех случаях, когда сообщаемые испытуемым сведения расходятся или даже коренным образом противоречат показаниям, характеристикам и другим подобным документам; б) краткое изложение психического статуса испытуемого при беседе с сексологом (невербальное поведение — поза, жесты, мимика, отношение к беседе на сексуальные темы, степень открытости, аффективные реакции на вопросы, продуктивная психопатологическая симптоматика сексуального содержания); в) заключение психолога по результатам направленного психологического исследования; г) соматическое состояние (указываются только особенности, имеющие значение для диагностики): возраст появления оволосения подбородка, возраст и тип оволосения лобка, диспластический вариант конституции в случае его выявления; индекс полового диморфизма, соматотип (не в цифровом, а в содержательном виде, например гинекоморфия, сильный тип половой конституции и т.п.); д) заключение по результатам психофизиологического обследования; е) заключение по результатам обследования методом ЛОД; 4) заключительная часть: а) ведущий синдром: указываются выявленные нарушения психосексуального развития (аномалии сексуального влечения и другие варианты расстройств психосексуальных ориентаций, половой роли и половой идентичности), а также типичные сексологические синдромы (нарушения эрекции, эякуляции и оргазма) в случае, если они лежат в основе развившихся психических расстройств или патогенетически связаны с поведением в ситуации деликта; б) основное сексуальное расстройство (тип сексуального дизонтогенеза); в) заболевание, оказавшее патопластическое влияние на ведущий синдром (только в психической сфере).

В судебно-психиатрический акт вносятся основная (п. 3) и заключительная (п. 4) части.

При осмотре в рамках комплексной судебной сексолого-психиатрической или сексолого-психолого-психиатрической экспертизы к вышеупомянутым разделам добавляются следующие: 5) вопрос к сексологу (в случае, если таковой имеется в постановлении/определении о назначении экспертиз); 6) обоснование диагноза (перечисление особенностей сексуальной сферы испытуемого, позволяющих говорить о том или ином типе дизонтогенеза, нарушениях идентичности, синдроме, расстройстве); 7) ответ на вопрос.

В акт комплексной экспертизы вносятся основная (п. 3) и заключительная (п. 4) части, пункты 5—7.

При проведении амбулаторной экспертизы допускается сокращение методик обследования в случае технических трудностей их использования (антропометрия, психофизиологический метод, ЛОД) только в отсутствие

прямых показаний для их использования в диагностике (например, ЛОД при наличии вопроса о возможности совершения нормативных половых актов).

Заключения комплексных судебно-психиатрических исследований. Акт комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы имеет ту же структуру, что и акт судебно-психиатрической экспертизы. Вместе с тем каждый раздел акта дополняется данными экспертов других специальностей или совместными данными экспертов-психиатров и экспертов других специальностей.

1. ***Введение (формальная часть акта).*** Формулируется наименование комплексной экспертизы (например, акт комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы, акт комплексной судебной психолого-сексолого-психиатрической экспертизы). Указывается, что «комплексное судебное (психолого-, сексолого-) психиатрическое освидетельствование произвела судебно-экспертная комиссия в составе...». Эксперты-сексологи указываются в числе членов комиссии.

2. ***Сведения о жизни (анамнез).*** Приводится не только клинический анамнез, но и сведения о жизни подэкспертного лица, имеющие значение для формулирования экспертных выводов, входящих в компетенцию сексолога или в совместную компетенцию экспертов-психиатров и экспертов-сексологов (клинико-сексологический анамнез). Допускается выделение определенных анамнестических блоков (например, сексологического анамнеза) в рамках исследовательской части смежного с психиатром специалиста.

3. ***Описание физического, неврологического и психического состояния (статуса).*** В этот раздел включаются и данные исследования сексолога. Должны быть представлены в полном объеме использованные методы и результаты их применения, которые легли в основу заключения. Нарушение данного требования дает повод считать заключение экспертизы недостаточно обоснованным, поскольку статья 191 УПК подчеркивает важность полного отражения в заключении сведений об использованных материалах и проведенных исследованиях.

4. ***Мотивировочная часть.*** Клинический анализ данных анамнеза, статуса, психической деятельности и поведения подэкспертного в юридически значимой ситуации дополняется анализом этих данных с использованием познаний сексолога (сексолого-психиатрическим анализом), так, чтобы обобщающие характеристики всех сведений, содержащихся в описательной части акта, служили аргументами при формулировании выводов комплексной экспертной комиссии. Допускается мотивировка выводов не в отдельной, а в резолютивной (заключительной) части акта комплексной экспертизы.

5. ***Заключительная часть.*** Формулируются выводы комплексного экспертного исследования, входящие в компетенцию экспертов разных специальностей или в совместную их компетенцию. Порядок изложения выводов может определяться как порядком вопросов, содержащихся в постановлении или определении о назначении экспертизы, так и логической последовательностью ответов на вопросы, например в соответствии с хронологической последовательностью возникновения различных юридически значимых ситуаций (предкриминальная, криминальная, посткриминальная). Иногда, особенно при формулировании интегративных выводов, деление ответов в соответствии со специальностью экспертов является нецелесообразным.

Психофизиологические методы исследования

В главе 5 рассматривалось понятие «псевдопарафильного» синдрома и его возможные варианты, в том числе такие, когда при клиническом обследовании можно лишь выявить нарушения половой идентичности и сексуального онтогенеза как предиспозиционные для формирования аномалии сексуального влечения факторы, однако клинические критерии парафилии практически отсутствуют, хотя поведение испытуемого в криминальной ситуации позволяет эксперту высказать предположение об изменении сексуального объекта и/или активности. Речь может идти или о неосознаваемости подобных тенденций, или об установочном поведении с диссимуляцией. В связи с этим возникает необходимость в использовании дополнительных методов исследования. Сущность психофизиологических методик определения направленности полового влечения — фиксирование изменения определенных физиологических параметров в ответ на предъявление эротических стимулов.

6.1. Методы регистрации психофизиологических процессов

Многие исследователи подчеркивают, что основной проблемой интерпретации психофизиологических методов является отграничение sexual arousal от неспецифического возбуждения (реакция на стресс, экспертную ситуацию). Ввиду этого актуальной представляется возможность регистрации таких физиологических проявлений, которые были бы специфичны именно для сексуального возбуждения.

Существуют методики, позволяющие оценить степень эрекции полового члена. Все они основаны на прямом или косвенном измерении изменения объема полового члена (фаллометрия). Наиболее широкое применение получили ртутные (или с индиево-галлиевым наполнителем) тензодатчики, с помощью которых измеряют увеличение окружности полового члена. Различные исследователи критикуют эту методику, указывая, что при эрекции увеличивается вначале длина, а только потом — окружность полового члена; что произвольный контроль над эрекцией возможен и ее выраженность зависит не только от воздействия эротических стимулов, но и от способности к эротическому фантазированию, уровня внимания и эмоционального состояния испытуемого (в частности, тревожности).

Одними из первых K. Freund и соавт. (1963) наблюдали различия у мужчин с гомо- и гетеросексуальным поведением при предъявлении им картинок соответствующего содержания. A. Kolarsky, J. Madlafousek (1977) обнаружили, что эффект первого стимула в серии меньше, чем второго, независимо от содержания и, хотя содержание позднее представленного стимула в основном определяет возбуждающий эффект, последний частично зависит от того, слабый или сильный стимул предшествовал ему. Авторами был предложен способ борьбы с серийным эффектом: предъявление стандартного элиминирующего стимула перед каждым последующим тестовым сти-

мулом. Они показали, что снижение уровня возбуждения до исходного может быть достигнуто паузой между стимулами и/или смещением активности на несексуальные материалы, или предъявлением арифметических задач. В последующем при фаллометрическом исследовании (1983) авторы выявили различия в реакциях эксгибиционистов и лиц, не имеющих сексуальных проблем, на стимульный материал.

И.Л. Ботнева, Ю.П. Жданов, В.М. Маслов (1980) проводили фаллографическое исследование с использованием визуальных стимулов в условиях, исключающих влияние внешних факторов. Результаты сопоставлялись с данными сексологического обследования и последующей беседы, во время которой уточнялись визуальные материалы, вызвавшие у пациентов субъективные положительные или отрицательные эмоции. Авторы пришли к выводу, что фаллография дает возможность выяснить тонкие нюансы либидо, которые не только не реализуются в интимных отношениях, но даже подчас полностью не осознаются пациентами. Они считают, что фаллография может применяться для изучения особенностей психосексуального развития, в том числе полового влечения с индивидуальными реакциями и предпочтениями пациента; для исследования физиологических характеристик рефлекторных механизмов сексуальной сферы; с целью дифференциальной диагностики функциональных и органических, в том числе сосудистых, поражений эрекционной составляющей; для объективного определения эффективности терапии сексуальных расстройств, адекватного построения лечебной тактики по адаптации сексуальных пар.

По данным R. Card, W. Farrall (1990), около 20 % преступников не проявляют возбуждения на различные сексуальные стимулы, а у некоторых наблюдается несколько уровней возбуждения на девиантные и недевиантные стимулы, что может никак не отражаться на их поведении. Однако авторы считают, что в большинстве случаев с помощью плетизмографии можно выявить половые, возрастные предпочтения, а нередко — тип сексуальной активности. В плане экспертизы сексуальных преступлений применение теста визуальной стимуляции [Старович З., 1991] позволяет выявить садистские, педофильные и некрофильные тенденции. Основными проблемами при проведении данного метода исследования, по мнению автора, становятся надежность интерпретации, различия записывающей аппаратуры, нестандартный стимульный материал.

Фаллометрическое исследование сексуальных преступников проводилось D.M. Davis (1995) с использованием комплекса аппаратуры RS3010 компании MMS (Medical Monitoring Systems, Inc.). RS3010 предъявляет аудиальные и визуальные стимулы, производит мониторинг, запись окружности полового члена и самоотчет пациента. Система контролирует 3 различных стимула одновременно, отображает ответ графически, производит статистическую обработку результатов в виде таблиц и графиков. Статистическая обработка также проводится по различным параметрам. В качестве стимульного материала могут быть использованы аудиозаписи, видеозаписи или слайды. Время экспозиции стимулов и межстимульные интервалы существенно не лимитированы. Запись протокола может вестись автоматически компьютером, полуавтоматически (с вмешательством оператора) или вручную.

6.2. Полиграфия

Применение полиграфов — приборов, позволяющих одновременно регистрировать несколько физиологических показателей, значительно повышает надежность результатов. Кроме того, воздействие визуальных и слухо-

вых эротических стимулов вызывало разные реакции у разных испытуемых, что привело к заключению о целесообразности сочетания этих воздействий.

R. Card, A. Dibble (1995) проводили обследование с использованием аудио-визуального стимульного материала Card/Farrall. Аудиальные стимулы Card/Farrall (CAS) представляют собой «самоотчет» преступника, не предполагающий необходимости точного описания сексуальной активности, потому что она часто запрограммирована в преступнике, и воспоминание об этом — триггер для возникновения физиологических ответов.

R. Card и W. Farrall (1993) предположили, что у педофилов будет возникать реакция готовности на предложенные стимулы, в то время как у непедофилов, не имеющих запрограммированного внутреннего паттерна ответа, реакция будет минимальной. Аудиальные стимулы сменялись предъявлением 4 фронтальных фотографий обнаженных женских фигур, каждая из которых сменялась после 10-секундной экспозиции. Ожидалось, что, если предъявление аудиальных стимулов запускает ответ, визуальные стимулы будут усиливать его, увеличивая различия между обследуемыми группами [Farrall W., 1991]. Были обследованы 52 сексуальных преступника с использованием аппаратуры CAT-400UL компании «Farrall Instruments». Специальный тест включал одновременное исследование дыхания (RESP), кожно-гальванической реакции (КГР). Полное психосексуальное исследование, как правило, включало клиническое интервью, описание правонарушения, мультифакторное обследование, в том числе MMPI, IQ, проективные тесты и плетизмографию. Субъекты исследования совершали сексуальное насилие в отношении мужчин или женщин один или более раз, возраст их жертв — от детского до подросткового, типы совершенных преступлений — содомия, изнасилование и/или эксгибиционизм. Результаты исследования показали существенную корреляцию между клиническими данными и результатами фаллографического обследования с использованием стимульных материалов Card/Farrall.

Имеются отечественные полиграфы, например комплекс МЦП-0611.02, который обеспечивает регистрацию и обработку 6 параметров (КГР, грудного и диафрагмального дыхания, двигательной активности и речевых реакций, сердечного ритма, АД). Однако актуальный вопрос подбора стимульного материала в России не решался.

Можно выделить три основные формы использования полиграфии в исследовании, лечении и мониторинге сексуальных преступников.

1. *Специальное тестирование* — исследование, предназначенное для определения правдивости субъектов исследования относительно вопросов, касающихся определенных событий. Здесь прежде всего имеется в виду объективизация расстройств полового влечения (определение объекта и предпочитаемой активности), что особенно важно в случаях диссимуляции и может способствовать адекватному выбору мер медицинского характера.

2. *Разоблачающее тестирование*. Во многих случаях преступники находятся на лечении по поводу одного правонарушения. В действительности число жертв может быть больше. При подобном обследовании сексуальных преступников с помощью терапевтических программ выявляется истинная частота противоправных сексуальных действий, значительно превышающая реально фиксируемую.

3. *Периодическое тестирование*. Сексуальные преступники имеют высокую тенденцию к повторению девиантных сексуальных действий, рециди-

вам. Периодическое полиграфическое тестирование может базироваться на выявляемой данным методом актуальности девиантных переживаний, т.е. применяться как контроль в процессе лечения и при решении вопроса о снятии принудительного лечения.

Таким образом, для решения ряда задач, входящих в компетенцию судебно-психиатрической (комплексной судебной сексолого-психиатрической) экспертизы, требуется соответствующее медицинское диагностическое оборудование, в частности полиграф.

Следует помнить, что целью экспертизы в отличие от криминологической практики является уточнение диагностических предположений, а не изобличение во лжи. В Лаборатории судебной сексологии ГНЦ с использованием аппарата «Дельта» российской фирмы «Нова» проводится комплексное психофизиологическое обследование, при котором одновременно регистрируются 6 параметров (грудное и диафрагмальное дыхание, КГР, сердечный ритм, двигательная и речевая активность) при предъявлении слуховых и зрительных стимулов. В настоящее время для выявления скрытых сексуальных предпочтений применяются опросники 4 типов (по полу, возрасту, активности и садистическим тенденциям). Программное обеспечение позволяет учитывать индивидуальность реакций испытуемого и рассчитывать интегральный параметр реакций на различные типы вопросов и вероятность.

Приведем клинический пример, когда подобное обследование позволило уточнить диагностическое предположение о направленности формирующейся у испытуемого аномалии сексуального влечения.

Испытуемый Т., 1981 г.р., обвинялся в том, что 15.07.1999 г. вместе со своим братом в результате ссоры совершил убийство Г., нанеся ему несколько ударов ножом в область головы и шеи. Т. и его брат причинили телесные повреждения М. путем нанесения ударов ножом в область головы и тела и совершили с ней по два насильственных половых акта каждый в естественной форме, после чего насыпали ей в открытый рот соли и помочились на нее.

Из материалов уголовного и личного дел, со слов испытуемого известно следующее. Родился от 3-й беременности. Роды были осложнены поперечным положением плода, велись «выдавливанием»; родился в асфиксии, с массой тела 2600 г. Мать по характеру спокойная, злоупотребляла спиртными напитками, детям уделяла мало внимания. Отец вспыльчивый, «непредсказуемый», агрессивный, страдал хроническим алкоголизмом, в 1994—1997 гг. отбывал наказание за совершение убийства в пьяной ссоре. Испытуемый имеет троих братьев — все они страдают умственной отсталостью различной степени выраженности. Развивался с отставанием: ходить начал в 1 год 6 мес, фразовая речь появилась позже. В 3-летнем возрасте перенес воспалительный процесс в области правого глаза. Со слов испытуемого, попал в автомобильную катастрофу, когда отец вел машину в нетрезвом состоянии. Терял сознание, находился на лечении в детской больнице в течение 2 мес. С этого времени глаз не видит. В дальнейшем от предлагаемой операции по протезированию отказался, дефекта «не замечал и не стеснялся». Лечился у гастроэнтеролога, состоял на диспансерном учете по поводу хронического гастрита. С 1988 г. состоит на учете в ПНД с диагнозом «олигофрения в степени дебильности», получил II группу инвалидности. С 9 лет пошел во вспомогательную школу. В 5-м классе переведен родителями в интернат, где учился очень плохо, прогуливал занятия. В деле имеется копия акта обследования Т. в школе-интернате от 19.05.1994 г., из которой следует, что у него имелось выраженное снижение когнитивных функций, выставлялся диагноз «олигофрения в стадии имбецильности, наследственно обусловленная». Был признан комиссией не подлежащим обучению. Из педагогической характеристики следует, что Т. никогда не проявлял интереса к учебе, был упрям, груб, нечестен, отличался неадекватным и непредсказуемым поведением, агрессивнос-

тью; 4 года работы с ним по индивидуальной программе результатов не дали. Он брал пример со старших братьев, употреблял вместе с ними спиртное, мать интереса к учебе Т. не проявляла. После 7-го класса в возрасте 16 лет был отчислен из интерната. Профессии не имел, зарабатывал на временных работах — мыл автомобили, помогал в ремонтных работах, устраивался грузчиком, разнорабочим. Деньги тратил на алкоголь, наркотики, любил «красиво одеваться». Со слов испытуемого, в возрасте 17 лет он предпринял попытку суицида, когда в состоянии алкогольного опьянения вскрыл себе вены, «хотел попробовать, как нож режет тело». Боли не испытывал, но, когда увидел собственную кровь, испугался и вызвал «скорую помощь». В 1997 г. отец с матерью развелись, мать повторно вышла замуж. Отчим злоупотреблял спиртным, у Т. неоднократно бывали с ним ссоры и драки. Со слов испытуемого, он с 14 лет начал употреблять алкоголь, примерно тогда же стал курить «план», с 17 лет употреблял в течение полугода героин, затем из-за недостатка средств перешел на клей «Момент» — с зимы 1999 г. вдыхал его по 3 тюбика в сутки. В этот же период у него были периоды ежедневного употребления алкоголя. Так, с июня 1999 г. в течение 1 мес Т. ежедневно выпивал по 0,7 л водки. В деле имеется характеристика с места жительства, из которой следует, что он склонен к обману, хищениям, допускает употребление спиртного в быту, на критику и замечания не реагирует, должных выводов для себя не делает, по характеру обидчив, вспыльчив.

Из заключения СМЭ трупа Г. известно, что смерть потерпевшего наступила в результате травматического шока, вследствие массивной тупой травмы тела на фоне острой кровопотери; обнаружены повреждения, нанесенные твердым тупым предметом, возможно, топором-колуном (14 ран) и колюще-режущим предметом, возможно, клинком ножа (14 ран). В крови и моче трупа было найдено 2,19 и 3,05 % этилового алкоголя. Потерпевшая М. на допросе показала, что 15.07.1999 г. она со своим сожителем Г. пришла в дом к Т. с бутылкой самогона. Они выпили, после чего она с Г. легла спать на террасе. Через некоторое время ее разбудили братья Т., стали требовать деньги, а затем начали избивать ее руками и ногами и наносить удары ножом. Она выползла на террасу, увидела во дворе лежащего Г. После этого Т. затащили ее в дом, совершили с ней по 2 насильственных половых акта во влагалище. Она потеряла сознание, а очнулась в тот момент, когда они мочились на нее. Из заключения СМЭ М. следует, что у нее имеются двойной перелом VII ребра с повреждением легкого, перелом плечевой кости и множественные колото-резаные раны. На допросе брат испытуемого показал, что 15.07.1999 г. он, его брат, их мать и Г. с сожительницей вместе распивали спиртные напитки, однако мать затем ушла. Он разбудил Г., просил денег на спиртное, а когда Г. выходил из террасы дома, нанес ему удар ручкой топора по голове. Г. упал, и испытуемый стал наносить ему удары ножом по телу, а сам он — топором. Убедившись, что Г. мертв, испытуемый вытащил тело из дома. Он же пошел будить М., начал наносить ей удары руками и ногами, а испытуемый наносил удары ножом. После этого они с братом совершили половые акты во влагалище М. На допросе испытуемого его показания совпадают с показаниями брата, за исключением того, что он отрицал совершение с М. половых актов. 16.11.1999 г. Т. была проведена судебно-наркологическая экспертиза. Экспертная комиссия пришла к выводу, что Т. страдает алкоголизмом 2-й стадии и олигофренией в степени средневыраженной дебильности и нуждается в применении к нему принудительного лечения в соответствии со статьями 97—104 УК РФ; принудительное лечение ему не противопоказано.

23.11.1999 г. Т. была проведена СМЭ. На разрешение экспертов был поставлен вопрос о том, имеются ли в области половых органов Т. какие-либо повреждения, аномалии развития, рубцы, опухоли, которые препятствовали бы совершению полового акта. Со слов испытуемого следовало, что он до преступления половой жизнью не жил, половых актов с М. не совершал. Каких-либо препятствий для совершения Т. полового акта в области половых органов обнаружено не было. Во время стационарной СПЭ он полностью ориентировался в месте, времени, собственной личности. Мышление характеризовалось как последовательное, примитивное, конкретное. Отмечалась бедность знаний и словарного запаса. С тестами на сравнение и обобщение справлялся с трудом. Нарушений памяти и внимания не выявлено.

О правонарушении сообщил, что они выпили 4 бутылки водки на троих, затем у него и брата возникла ссора с потерпевшим, он ударил его 3 раза ногой и ушел. Виновным себя не считал. Судебно-следственную ситуацию понимал правильно. Себя считал психически здоровым. В отделении вел себя упорядоченно, режим не нарушал.

При обследовании в ГНЦ им. В.П.Сербского выявлено следующее. ***Соматическое состояние***: жалобы на кашель с мокротой, головную боль, тупую боль в грудной клетке. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, видимых отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 86 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

Заключение консультанта-терапевта: алиментарная дистрофия.

Неврологическое состояние: менингеальных симптомов нет, гидроцефальная форма черепа, асимметрия лицевого черепа, левая глазная щель больше правой, отсутствует движение правого глазного яблока, асимметрия носогубных складок, легкая девиация языка вправо; сухожильные рефлексы оживлены, брюшные — умеренно выражены. Слабоположительный симптом Якобсона—Ласка с обеих сторон. В позе Ромберга устойчив. Незначительное расширение вен глазного дна левого глаза. На ЭЭГ — выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга органического характера с признаками значительной дисфункции неспецифических срединных, преимущественно мезенцефальных, структур. На эхоэнцефалограмме имеются признаки легкой гидроцефалии, смещение срединных структур отсутствует.

Заключение консультанта-невропатолога: последствия патологии раннего периода развития и повторных травм головы.

Заключение консультанта-окулиста: правосторонний анофтальм.

Психическое состояние: в кабинет входит крайне неохотно, после повторных приглашений; контакту доступен формально; садится боком к собеседнику, резко выдвигая стул; закидывает ногу на ногу, закрывает лицо ладонью. Поза пренебрежительно-напряженная, изменчивая на протяжении беседы: вначале сидит прямо, перебирает складки одежды, затем откидывается на спинку стула, ставит ногу на сиденье. Лицо асимметричное, преобладает мимика нижней части лица — неадекватно дурашливо улыбается, ухмыляется. Взгляд отводит в сторону или в пол, визуальный контакт сохраняется только в момент обращения по имени. Жесты носят эксцентрический характер. Манерно поворачивает кистью, резко выбрасывая пальцы, сопровождая жесты циничными грубыми выражениями. Голос громкий, интонации маломодулированные, часто делает паузы, затрудняется в подборе слов. Речь крайне примитивная, доступны лишь конкретные понятия. Отказывается отвечать на поставленные вопросы, со злостью и раздражением заявляет, что ему все надоело. Отвечает крайне агрессивно, не в плане заданного, односложно. Подолгу демонстративно молчит, уставившись в стену. Отказывается говорить о правонарушении. На вопрос, откуда он приехал, отвечает: «Выполз из земли». На беседах с врачом обнаруживал в речи множество аграмматизмов: «претенции», «уборщница»; использовал фразы, предложенные собеседником. На вопросы отвечал не сразу, обдумывал, иногда отказывался отвечать. Легко аффектировался, озлоблялся. Сообщал, что не имеет никаких увлечений, любит гулять или смотреть по телевизору мультфильмы и боевики. Цинично и грубо говорил о том, что никого не любил и не питал теплых чувств к людям: «Всех надо давить». Рассказывал, что часто испытывает вспышки необоснованной агрессии, ярости, когда «хочется кого-то убить», ударить человека без всякой причины, и, пока не ударит, ему «не по себе». При этом озлоблялся, повышал голос, жестикулировал. Рассказывал, что после приступа агрессии «трезвеет», чувствует облегчение. С ухмылкой сообщал, что вполне может «замочить» и мать, и братьев, когда те начинают его раздражать. Себя характеризовал как «бешеного», непредсказуемого, утверждая, что пошел характером в отца; сообщал об этом с гордостью. Картину правонарушения полностью восстановить не мог, однако запамятование отрицал: «У меня так — день помню, день не

помню». Как одну из причин совершения правонарушения называл месть за убитую когда-то давно собаку. Затем с некоторой рисовкой сообщил, что «хотел поиграть в боевик, узнать, как на самом деле убивать, попробовать, как нож входит в тело человека». С удовольствием приводил подробности, например, сколько раз наносил удары ножом. Сравнивал свои переживания в момент нанесения ударов ножом с ощущениями во время забоя кур, свиней, при питье свиной теплой крови. Рассказывал, что во время совершения убийства Г. кричал, но испытуемому было приятно слышать его крики, а затем «тихое бормотание». Далее он проверил, жив ли тот, приложив ладонь к области сердца, и ударил еще раз по голове. Достал у жертвы деньги, скинул труп в канаву. После содеянного почувствовал облегчение, некоторое расслабление: «Как будто и не было ничего». В последующем на фоне головной боли и сниженного настроения сообщал, что не знает, зачем совершил убийство; ссылался на опьянение. Демонстрировал положительные невербальные эмоции (улыбка, ухмылка) при разговоре о трупах, отрезанной голове; рассказывал, что отец совершил убийство у него на глазах. Гордился совершенным «мокрым делом», демонстрировал соответствующую татуировку. Однако категорически отрицал изнасилование М., говорил, что не знает, чем с ней в чулане занимался ее брат. При вопросах, касающихся изнасилования, отворачивался, отводил взор, закрывал глаза, замолкал, раздраженно отвечая: «Не было ничего», «не знаю я». При этом прекращал ухмыляться, жестикулировать, только нервно качал ногой. Высказывал намерения завершить убийство М., так как она оклеветала его; называл ее проституткой. На вопрос о наличии поллюций стал рассказывать о кошмарных сновидениях, во время которых видит убитого им Г., выпивает с ним, ругается, убивает его, ищет место, чтобы спрятать труп. Предъявлял множество жалоб на боли в грудной клетке, головокружение, бессонницу, головные боли, кашель, слабость; рассказывал, что дважды в стационаре кружилась голова, падал на пол без потери сознания, шла носом кровь. Заявлял, что будущее его не беспокоит, заключение в тюрьму его не пугает. Опасался только «статьи за изнасилование». Мышление можно охарактеризовать как примитивное, конкретное. Не способен к отвлеченным понятиям, обобщениям. Интеллект значительно снижен, с трудом мог читать, написать свою фамилию и имя. Фон настроения неустойчив, внимание крайне неустойчиво. Расстройства восприятия отрицал. Критическая оценка ситуации и своего состояния формальная и неадекватная.

При ***экспериментально-психологическом исследовании*** у испытуемого обнаруживается на фоне слабо сформированного и неустойчивого мотива экспертизы способность к выполнению только основных мыслительных операций на низком уровне с использованием функциональных, наглядных и конкретных признаков, лишь на стимульном материале невысокой степени сложности в условиях жесткой коррекции. Объем памяти снижен. Темп умственных действий замедленный, отмечаются пресыщаемость, выраженная утомляемость. Для испытуемого характерны личностная примитивность, ограниченность круга интересов, эмоциональная огрубленность, слабо сформированное чувство эмпатии, ориентация на мнения и оценки значимого окружения; отмечаются эмоциональная неустойчивость с реакциями вспыльчивости, раздражения, злобы, низкие ресурсы эмоционально-волевого контроля поведения.

Сексологическое исследование. Родительскую семью испытуемый характеризует формально. Детьми в семье никто не занимался. Отец и мать часто выпивали, ругались и дрались. Из родителей выделяет отца, потому что похож на него внешне и по характеру. Тот научил его работать — класть плитку, красить, трудиться в огороде. С 12 лет отец отсутствовал, отбывая наказание за убийство. Когда испытуемому было 16 лет, появился отчим, который также злоупотреблял алкоголем, отличался взрывным характером. Взаимоотношения с ним были конфликтными. В игрушки играть не любил. Припоминает, что, возможно, играл с машинками. Общался со сверстниками, преимущественно с мальчиками, в среде которых лидером не был. Близких друзей не имел, привязанности ни к кому не испытывал. Издевался над животными — душил кошек, подвешивая их на веревке. Книг никогда не читал, нравилось смотреть видеофильмы со сценами драк, боевых состязаний. Интерес к противоположному полу появился в возрасте 13 лет. Не стеснялся проявлять сим-

патии к девочке, но иногда мог ударить ее, обидеть. Влюбился в 16 лет в девушку своего возраста, страдающую наркоманией. Дружил с ней около 2 мес, ухаживал, делал подарки, дарил цветы, конфеты. Нравилось с ней разговаривать, приятно было целоваться, обнимать ее. Приблизительно в 16—17 лет у испытуемого появились эротические фантазии и сновидения, во время которых представлял поцелуи и ласки с девушками. Первая эякуляция в 14 лет при мастурбации. Поллюции с 14 лет, с этого же возраста начал мастурбировать, обычно 1—2 раза в день. Первый сексуальный контакт в 16 лет по его инициативе. Половой акт протекал с оргазмом и эякуляцией. Нравились поцелуи, ласки; любил ласкать грудь и половые органы женщины. В позах предпочитал положения сверху и сзади. С началом половой жизни мастурбировать стал реже — 1—2 раза в неделю. С любимой девушкой расстался спустя 1,5 года по собственной инициативе. Жениться не планировал: «Одному лучше». Дальнейшие сексуальные контакты чаще происходили со случайными женщинами, преимущественно с проститутками. Предпочтений не было, нравились «просто симпатичные». Половые акты в основном были в состоянии алкогольного опьянения, иногда с задержкой или отсутствием эякуляции, что очень раздражало и злило. Испытывал потребность в половых контактах каждый день. Бывало так, что заработав деньги, мог все отдать за проститутку. Всех женщин называет «курицами», потому что они глупые, а над глупыми «можно поиздеваться». О необходимости менять партнершу говорит: «Выпил, взял ее и выкинул как кошку». Анально-генитальные контакты отрицает. Во время пребывания в следственном изоляторе был половой контакт с мужчиной (фелляция), впечатления от которого не отличались от гетеросексуального.

Соматическое состояние: диспластический тип конституции — инфантильно-грацильный микросоматик; оволосение лобка по женскому типу, с 14 лет; на подбородке редкие волосы, бреет усы 1 раз в неделю. Половая система: половой член — длина 11 см, окружность 11 см; мошонка — тонус ослаблен, пигментация слабо выражена; яички: правое 6×4 см, левое 6×3 см, консистенция тугоэластическая, болезненности нет; придатки: консистенция эластическая, болезненности нет. Половая конституция: слабый тип, ИТ = 76 (гинекоморфия), РЕ = 102,4 (нормостеник).

Диагноз: гиперролевое поведение с агрессивно-садистическими тенденциями. Тотальная задержка пубертатного развития.

Карикатурная демонстративность поведения с подростковой бравадой, стремлением доминировать, декларированием пренебрежительного отношения к женщинам, подчеркивание своей агрессивности, мужественности позволяют говорить о гиперролевом поведении.

Психиатрический диагноз олигофрении сомнений не вызывает, как и экспертное решение о невменяемости, однако привлекают внимание садистические тенденции, проявляющиеся сначала в препубертатном возрасте в стремлении мучить животных, затем возникает релаксационный эффект физической агрессии, отмеченный в обоих криминалах. Однако в реализации этих тенденций есть и отличия: множественность ударов, отчетливое чувство удовольствия в эпизоде с Г., что позволило предположить преимущественную их направленность на объект мужского пола.

В табл. 6.1 представлен ранговый итог ответов на различные типы вопросов (р — релевантные, направленные непосредственно на выявление сексуальных предпочтений по полу; к — контрольные, отражающие сверхценность сексуальной сферы; вк — внетемные контрольные, отражающие реакции на ситуацию экспертизы; с — скрининговые, касающиеся биографических событий; н — нейтральные ориентировочные, отражающие уровень внимания).

Таким образом, результаты психофизиологического исследования позволили сделать следующие выводы: 1) испытуемый настроен на сокрытие

информации о своей сексуальной сфере; 2) выявляется эмоциональная значимость влечения к лицам своего пола и вступления с ними в сексуальный контакт.

Т а б л и ц а 6.1. **Ранговый итог интегральных реакций на вопросы**

Вопросы			Ответы		
1	вк	...	Да		0,75
2	к	...	Нет		0,41
3	р	...	Нет		1,00
4	кр	...	Нет		0,46
5	р	...	Нет		0,79
6	к	...	Нет		0,30
7	н	...	Да		0,75
8	р	...	Нет		0,82
9	к	...	Нет		0,17
10	н	...	Да		0,00
11	вк	...	Нет		0,38

В заключение отметим, что работа по применению рассмотренной методики только развертывается и в ходе ее возникает много методических проблем, требующих изучения и анализа, однако перспективность данного подхода не вызывает сомнений.

Глава 7

Психологические методы исследования

7.1. Психологические методы в сексологии

Психологические методы достаточно широко применяются для решения различных задач в сексологии. Эти задачи преимущественно определяются проблемами адаптации и коррекции сексуальной пары или индивидуума, что обусловливает необходимость применения методов, которые позволили бы выявить существенные показатели психологической дезадаптации индивида и обозначить вызывающие ее факторы. Особую роль приобретает диагностика партнерского взаимодействия в паре. Как отмечает Г.С. Васильченко (1990), любое сексуальное проявление, вплоть до самых элементарных, адекватно реализуется только в рамках межличностного взаимодействия. В концепции пяти брачных факторов [Васильченко Г.С., Решетняк Ю.А., 1977] психологический фактор занимает особое положение, на нем фокусируются все другие (материальный, физический, культуральный, сексуальный), именно он определяет единство и целостность человеческого поведения. В общей структуре брачного взаимодействия этот фактор подразумевает соотношение личностных особенностей обоих супругов, прежде всего их характеров и ролевых притязаний. Ориентировка в психологических механизмах взаимодействия между партнерами помогает сексопатологу дифференцировать конфликтные зоны от неиспользованных психологических резервов, при опоре на которые возможно построение результативной лечебно-реабилитационной тактики.

В отечественной психологии разработаны специальные методы, позволяющие исследовать специфику отношений между партнерами.

Так, методика «Стабильность брака» (СБ) создана З.А. Янковой (1978) для определения уровня стабильности отношений в супружеской паре. Данная анкетная методика позволяет изучать стабильность отношений опосредованно путем исследования индивидуальной удовлетворенности партнеров. Факторами, влияющими на стабильность отношений в данной модели, являются согласованность супругов по ряду значимых для семьи проблем, взаимопонимание и эмоциональная идентификация с партнером, глубина и продолжительность конфликтов. Именно эти факторы, по мнению автора, являются важными показателями стабильности супружеских отношений.

Методика «Стиль супружеских взаимоотношений» Т.М. Мишиной (1978) позволяет исследовать характер межличностных взаимоотношений в паре. Данная методика является адаптацией методики исследования принятия решений в супружеской паре, предложенной J. Collins (1971). В модифицированном варианте методика позволяет выделять различные модели отношений между супругами: 1) доминирование одного из супругов; 2) совместные решения; 3) раздельные решения. На материале анализа групп невротиков автором выделены три типа невротических отношений в парах: 1) «соперничество»; 2) «псевдосотрудничество»; 3) «изоляция». Причем прослежена связь между типом отношений и формой невроза. Так, при отношениях «соперничество» и «изоляция» проявляется тенденция к связи

межличностного конфликта преимущественно с истерическим характером конфликта больного неврозом, при «псевдосотрудничестве» — неврастенический вариант. Другая методика этого же автора [цит. по Дейнега Г.Ф., 1981], выявляющая сочетание иерархии актуальных потребностей (СИАП), применялась для целей семейной диагностики и семейной психотерапии. В рамках этого метода каждому из партнеров предлагают расположить иерархически, по степени значимости, те моменты семейной жизни, в которых необходимо достигнуть согласия для гармонизации отношений. Применение этой методики позволяет выделить индивидуальные актуальные потребности и сравнить их соотношения у партнеров. Рассогласование в иерархиях потребностей может указать на существование актуального конфликта и механизмы его компенсации.

Для исследования отношений между супругами многие авторы отмечают эффективность применения методики диагностики межличностных отношений — ДМО Т. Лири [Leary Т., Coffey I., 1969; цит. по: Собчик Л.Н., 1990]. Методика позволяет изучать структуру образа «Я» и систему межличностных отношений индивида [Собчик Л.Н., 1972—1990]. Имеются результаты успешного ее применения при изучении и коррекции семейных конфликтов с использованием особенностей взаимных оценок супружеских пар в контексте проблем, связанных с сексуальными расстройствами [Васильченко Г.С., Решетняк Ю.А., 1972, 1979]. Модифицированный вариант методики позволяет дополнительно исследовать стабильность личности, сбалансированность отношений в паре [Решетняк Ю.А., 1978]. Так, для диагностики межличностных отношений в семье испытуемому предлагается описать свое идеальное «Я», а затем дать оценку жене (мужу) и идеалу жены (мужа). Рассогласование идеала с актуальным образом оцениваемого лица является тонким индикатором когнитивного диссонанса у обследуемого. Базисными являются два аспекта отношений: доминирование—подчиняемость, агрессивность—доброжелательность.

Многие авторы отмечают эффективность применения комплекса методик для изучения различных аспектов взаимодействия партнеров. Большой популярностью пользуются стандартизированные личностные и характерологические методики (MMPI, 16-факторный опросник личностных качеств Кеттела, тест Леонгарда—Шмишека) для исследования факторов, обусловливающих сексуальные дисгармонии. В.В. Кришталь, Н.К. Агишева (1995) описывают возможность использования этих методик в рамках психологического обеспечения сексологического исследования для системного решения комплексных проблем коррекции сексуального здоровья.

Г.Ф. Дейнега (1981) предложил использовать комплекс методик (MMPI, опросник Кеттела, СБ, СИАП) для изучения уровня развития взаимодействия в паре с целью разработки тактики эффективной психотерапии сексуальных пар. Автором выделены на основании этих методов параметры, оценивающие состояние пациента и взаимоотношения в паре: психическая норма-патология, стабильность-нестабильность взаимоотношений, наличие актуальных психологических потребностей в поддержке партнера. По мнению автора, подобный подход позволяет тонко анализировать процессы, происходящие в сексуальной паре, и определить глубину предполагаемого психотерапевтического вмешательства.

Изучая структуру внутриличностных и межличностных отношений в комплексной психологической диагностике сексологических больных, К.В. Подшивалов и В.П. Коломиец (1996) использовали методики MMPI, ДМО, опросник Кеттела, тест рисуночной фрустрации Розенцвейга. На основании своего исследования авторы сделали вывод о том, что наличие

сексуальных расстройств оказывает влияние на внутри- и межличностные отношения пациентов, приводя к дисгармонии в отношениях. Дисгармоничный характер этих отношений может являться фактором, усугубляющим течение болезни и отношение больного к заболеванию. Авторы подчеркивают, что результаты анализа внутри- и межличностных отношений позволяют сексопатологу определить стратегию и тактику эффективной работы с сексологическими больными.

В последнее время исследователи отмечают необходимость индивидуализации психологического исследования в сексологии. При этом имеется в виду изучение индивидуально-психологических особенностей для выделения индивидуальных факторов, обусловливающих дисгармонию партнерских отношений. Так, К.В. Подшивалов и В.П. Коломиец (1996) приводят данные исследования влияния акцентуаций характеров мужчин на формирование сексуально-психологической дисгармонии в парах. Цель работы заключалась в установлении причин и условий формирования сексуального поведения мужчин с акцентуациями характера разных типов, а также в определении зависимости сексуальных дисгармоний в партнерской паре от сочетания различных типов акцентуаций характера. Были применены следующие методики и методы: MMPI, опросник Леонгарда—Шмишека, опросник Кеттел, ДМО, тесты совместимости характера и брачной совместимости. Согласно результатам исследования, в развитии сексуально-психологических дисгармоний акцентуации характера у мужчин могут выступать в качестве причинного и усугубляющего фактора (80 % случаев). При развитии сексуальной дисгармонии у женщин может происходить трансформация скрытой акцентуации в явную. Авторы также отмечают, что психотерапия должна быть дифференцированной в соответствии с личностными особенностями обоих партнеров и направленной на сглаживание заостренных черт характера и сексуально-психологическую адаптацию партнеров. Р.А. Грачев (1993), изучая влияние акцентуации характера на сексуальную дисгармонию, показал, что оно не всегда может приводить к нарушениям сексуального здоровья. Это, по мнению автора, связано с направленностью личностей партнеров, ценностями, ролевыми позициями в семье и др.

Особую актуальность в психологическом исследовании в сексологии приобретает применение, помимо традиционных тестов, методик, позволяющих определить специфику полового самосознания. Так, Б.М. Ворник, Т.В. Говорун, Н.С. Кроль (1996), изучая особенности полоролевого и сексуального поведения транссексуалов, использовали наряду с традиционными методиками (MMPI, Леонгард, опросник Кеттела), опросник S. Bem (1978), позволяющий установить особенности полоролевой идентичности индивидуума. По результатам исследования авторы пришли к выводу, что независимо от биологических факторов в раннем онтогенезе транссексуалов в той или иной степени наблюдались патология полового воспитания или отсутствие адекватного образа полоролевого поведения. Чем сильнее ожидания окружающих блокируют личностную саморегуляцию индивида в желаемом поле, тем больше они являются стрессогенным фактором, обусловливающим возникновение акцентуаций личности.

В работе, посвященной исследованию роли стереотипов полоролевого поведения в сексуально-психологических дисгармониях, Б.М. Ворник, Т.В. Говорун (1996) также использовали, помимо стандартных методов исследования личности, методику S. Bem. Согласно полученным авторами результатам, сексуально-психологические дисгармонии и половые расстройства превалировали среди тех пар, где партнеры придерживались традиционных моделей женского и мужского поведения, т.е. ограничения по-

ловых ролей стереотипизированными представлениями общества о норме и отклонениях значительно сужают пути достижения межличностной гармонии, а также самооценки «Я» мужчины или женщины во всех сферах человеческого бытия.

Для исследований характерологических особенностей и их связи с сексуальностью достаточно успешно применяется опросник, созданный Айзенком (EPI), который позволяет изучить взаимозависимости сексуального поведения и типа характера. Например, экстраверты, независимо от пола, благодаря большей общительности и открытости активнее интровертов устанавливают контакт с лицами противоположного пола. Однако интровертированные женщины чаще предпочитают одного сексуального партнера в отличие от мужчин-интровертов, которые в этом отношении не отличаются от экстравертов [цит. по: Кон И.С., 1988].

Исследование связи типов характера с особенностями сексуальности проводится в работах отечественных авторов. По данным Г.С. Васильченко и Ю.А. Решетняка (1977), причиной сексуальных расстройств в 16,6 % случаев являются врожденные аномалии структуры личности, из которых на акцентуацию отдельных черт характера приходится 62 % и на психопатию — 38 %. Исследования В.В. Кришталя (1988), как и данные А.Е. Личко (1982), свидетельствуют о существовании зависимости сексуальных проявлений от типа акцентуации черт характера. Так, при гипертимном типе акцентуаций отмечаются и раннее пробуждение либидо, начало половой жизни и наличие мастурбации; для лабильного типа характерны флирт и ухаживание без попыток к половой жизни; при астеноневротическом типе наблюдается сексуальная астения; при сенситивном типе — убежденность в своей сексуальной неполноценности; при психастеничном типе — раннее сексуальное развитие, интенсивная мастурбация; при шизоидном типе — богатые эротические фантазии, сопровождающиеся мастурбацией при внешней асексуальности; для эпилептоидного типа акцентуации характерны сексуальные эксцессы и склонность к садистическим тенденциям; для истероидного — театральность, демонстрация сексуальных переживаний; для неустойчивого типа — задержка сексуального развития. В.М. Маслов и соавт. (1983) считают, что различные варианты девиаций сексуального развития обусловлены теми или иными особенностями личности или чертами характера. Так, задержка психосексуального развития нередко сочетается с патохарактерологическим развитием личности и астеническим, психастеническим или истерическим типом психопатии. В то же время В.В. Кришталь (1988) отмечает, что половые девиации могут наблюдаться и при отсутствии патологических черт характера и что нельзя четко на основе нарушения психосексуальной ориентации охарактеризовать личность, или наоборот.

Е.Т. Соколова (1989) приводит результаты применения проективных методов для исследования искажений полового самосознания и образа физического «Я» у женщин-транссексуалов (методика косвенного исследования самооценки — КИСС, ТАТ, Дембо—Рубинштейн, рисунок человека). Эта серия методик позволила автору диагностировать различные аспекты самосознания во взаимосвязи когнитивных, аффективных и поведенческих компонентов. По результатам исследования у транссексуалов выражены высокая конфликтность в сфере сексуальных ориентаций, высокий уровень притязаний, ориентированный на маскулинный эталон. Образ физического «Я» характеризуется крайне низкой когнитивной дифференцированностью, негативной эмоциональной оценкой своего телесного облика, неуверенностью в себе, трудностями самоконтроля телесных побуждений.

Таким образом, психологические методы, применяемые в сексологии, определяются следующими задачами: выявление как индивидуальных, так и системных предиспозиционных факторов в генезе сексуально-психологический дисгармонии и определение стратегии и тактики ее коррекции.

7.2. Применение психологических методов в судебной сексологии

Привлечение специалиста в области психологии к участию в судебно-сексологической экспертизе в качестве самостоятельного эксперта целесообразно по ряду причин. Психолог способен шире и глубже анализировать личность обследуемого, мотивы его поведения в криминальной ситуации, пределы вменяемости [Старович З., 1991]. Во многих случаях его заключение позволяет точнее диагностировать и дифференцировать фон, на котором возникли сексуальные нарушения у подэкспертного (органический, психогенный, социогенный). Также неоценимой может оказаться помощь эксперта-психолога в тех случаях, когда эксперт-сексолог не имеет достаточной подготовки в области психологии и не владеет методами психологического исследования.

Существующие на сегодняшний день описания методов в судебной сексологии в отечественной литературе немногочисленны и недостаточно систематизированы. Специалисты по проблемам психологической диагностики в судебной сексологии отмечают, что психологическое исследование в этой области должно максимально полно раскрыть различные аспекты личности — половое самосознание, особенности эмоционального межличностного восприятия и др. Поэтому, как отмечает З. Старович (1991), использование «нерутинных» (психологических) методов дополняет основные сексологические методы, расширяет возможности и позволяет иногда разрешить поставленные перед экспертом задачи.

В целом можно выделить два аспекта, определяемых предметом направленного психологического исследования в этой области: первый касается исследования особенностей межличностного взаимодействия, общих коммуникативных навыков и коммуникативной компетентности; второй — реализует исследование специфических личностных характеристик, отражающих психосексуальную сферу — полового самосознания, сферы личностных смыслов, установок и отношений, связанных с направленностью сексуального влечения и др.

В рамках первого направления ряд авторов подчеркивают эффективность применения ТАТ [Соколова Е.Т., 1980; Антонян Ю.А., Голубев В.П., Кудряков Ю.Н., 1990; Антонян Ю.А., Гудьдан В.В. 1991; Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г., Симоненкова М.Б., 1991]. Так, Ю.А. Антонян и др. (1990) предлагают использовать его для изучения способностей к самоанализу, сопереживанию, проникновению в эмоциональные отношения между людьми, к установлению эмоционального контакта у лиц, совершивших изнасилование. Ю.М. Антонян и В.В. Гульдан (1991), используя ТАТ и методику «семантический дифференциал», показали возможность выявления внутренних барьеров, препятствующих установлению и реализации межличностных контактов у лиц с психопатиями и девиантным сексуальным поведением. Ю.А. Антонян и соавт. (1990) предлагают использование рисуночных проективных тестов («Рисунок человека», ассоциативный рисуночный тест) для выявления самооценки испытуемого, особенности его «Я»-концепции, способа решения конфликтных ситуаций у лиц, совершивших изнасилования. Г.С. Васильченко (1990), В.В. Кришталь и Н.К. Агишева

(1995) отмечают эффективность применения для этих целей методики рисуночных фрустраций Розенцвейга. R. Happel (1993) предлагает прибегать к методике «Незаконченные предложения» для изучения у сексуальных насильников уверенности в межличностных отношениях, ведущих интересов в общении и сопровождающих их деструктивных эмоций. Ю.А. Антонян и соавт. (1990) особенно подчеркивают эффективность применения этого метода для выявления переживаний и отношений, которые могут скрываться сексуальным преступником или не осознаваться им. R. Happel (1993) также отмечает возможность применения различных специальных шкал, показывающих стремление индивида избегать социального взаимодействия, например SADS — Subjective Anxiety and Distress Scale [Watson D., Friend R., 1969]. Этот достаточно компактный метод позволяет исследовать стремление индивидуума избегать социальных взаимодействий, испытывать повышенную тревожность в этих ситуациях. Дефицитарность социальных навыков у насильников также отмечают J.V. Clark, H. Arkowitz (1975), S.C. Hayes, K.D. Brownell, D.H. Barlow (1983), K. Howells и соавт. (1984).

В ряде работ подчеркивается эффективность использования Hand-test (теста «Руки») [Kosutova L., Weiss P., 1993] для выявления особенностей социальной адаптации у лиц с сексуальными девиациями. В частности, показано, что этот тест может выявлять у них дезадаптацию в межличностных отношениях (зависимость, низкая ответственность за свои поступки, подозрительность, низкий уровень эмпатии), а также эмоциональную дезадаптацию (сниженная сенситивность, низкое чувство вины).

В группе сексуальных насильников обычно отмечается низкий уровень эмпатии, акцентируется при этом внимание на изучении способности к эмпатии как механизма контроля собственных негативных импульсов [Grubin D., 1997]. В то же время существует работа, показывающая отсутствие значимых различий между насильниками и группой нормы [Monto M. et al., 1994]. Поэтому исследователи отдают предпочтение многофакторным моделям эмпатии. Разработанная в 1980 г. Девисом Шкала оценки межличностной эмоциональной реактивности (Interpersonal Reactivity Index) состоит из 28 пунктов и позволяет изучать такие аспекты эмпатии, как прогноз поведения и чувств другого, эмпатическую тенденцию (способность испытывать сопереживание, сочувствие к другому человеку), личностный дистресс и фантазии (способность испытывать негативные тенденции и переживания в связи с негативными чувствами другого). Кроме того, разработана специальная методика для изучения способности к эмпатии у насильников по отношению к жертве, а также в рамках межпартнерского взаимодействия [Rape Empathy Scale — Deitz S.R. et al., 1982]. В числе шкал, позволяющих оценивать выраженность эмпатической тенденции у насильников, называется опросник Меграбяна [Михайлова О.Ю., Менеджрицкая Ю.А., 1996]. С помощью данной методики можно определить лишь общий уровень эмпатической тенденции, не фиксируя способность к прогнозу поведения другого человека и способность к сопереживанию негативным чувствам другого.

Второй значительный пласт исследований касается более узкого аспекта межличностного взаимодействия, самовосприятия, личностных характеристик, отражающих половое самосознание, сферу личностных смыслов установок и отношений, связанных с направленностью сексуального влечения и др. Так, З. Старович (1990) отмечает эффективность использования теста «незаконченных предложений» для изучения сексуальных партнерских черт обследуемого, а также эмоционального отношения к сексуальному партнеру. Для изучения самооценки обследуемого, позиции по отно-

шению к собственному полу, сексуальным партнерам З. Старович (1990) предлагает использовать «проективный перечень» (модифицированный вариант которого — «Кодирование» — приводится ниже), а также «тест визуальной стимуляции» (заключающийся в демонстрации испытуемому фотографий, слайдов или фильмов сексуального или эротического содержания, одновременно с которой регистрируется и оценивается реакция подэкспертного на проводимую стимуляцию), «шкала сексуальных возбудителей», «тест сексуального взаимодействия».

Для определения позиции обследуемого в отношении собственной сексуальной роли, черт идеального сексуального партнера, характерных черт другого пола, позитивных и негативных качеств объекта сексуального предпочтения этим автором предлагается использование метода «тематических образов», в рамках которого испытуемому предлагается сообщать о своих ощущениях и переживаниях при просмотре фотографий с изображением одетых частично и полностью мужчин, женщин, детей. З. Старович (1991) отмечал, что многие гетеросексуальные педофилы при просмотре фотографий с изображением девочек усматривают в их поведении черты взрослого сексуального кокетства, и даже типичная детская мимика воспринимается ими в том же ключе. Автор указывает, что к важнейшим причинам развития партнерской патологии в сфере сексуальности наряду с нарушениями межличностной коммуникации относится перенесение на партнера или связь с ним механизмов отношений из периода детства (например, «поиск в личности партнера субстанции матери»). В работе Н.В. Дворянчикова, А.В. Герасимова, А.А. Ткаченко (1997) описана нечеткость восприятия половозрастных особенностей объекта сексуального влечения у испытуемых с педофилией, что проявляется в приписывании ребенку качеств взрослого человека, а также установление ассоциативных связей между понятиями «Я» и «ребенок». Это указывает на необходимость включения в серию методик и процедур, направленных на оценку восприятия возрастных качеств как объекта сексуального влечения, так и самого испытуемого.

Для установления круга лиц, значимых для обследуемого в семье (при экспертизах в гражданском процессе), его представлений о роли отца, матери, собственной роли в семье, а также для выявления взаимоотношений супругов между собой и с детьми З. Старович (1990) предлагает использовать методику «психорисунок». В ходе выполнения методики испытуемому дают задание выполнить рисунок на определенную тему, например «мой брак», «моя семья» и др. Методика может быть использована также при экспертизе по уголовным делам. В этом случае тема рисунка может модифицироваться в зависимости от гипотезы исследования. Так, подозреваемому в педофилии может быть предложено нарисовать «ребенка». Для исследования нюансов партнерских отношений З. Старович (1990) в дополнении к этой методике предлагает применять шкалу «супружеской связи» Пикколо.

Для определения позиции обследуемого в отношении собственной сексуальной роли, черт идеального сексуального партнера, характерных черт другого пола, позитивных и негативных качеств объекта сексуального предпочтения этот автор рекомендует использовать метод «тематических образов», в рамках которого испытуемый должен сообщать о своих ощущениях и переживаниях, возникающих при просмотре фотографий с изображением одетых частично и полностью мужчин, женщин, детей.

Изучая лиц с искажениями психосексуальных ориентаций, И.А. Кудрявцев, Е.Г. Дозорцева, М.Б. Симоненкова (1991) показали нечеткость и слабую дифференцированность смыслового восприятия пола у них с избирательным использованием стимульного материала ТАТ (неверная иденти-

8 – 3935

фикация пола у персонажей на карточках 10, 1, 8). Эффективность применения ТАТ для изучения лиц с искажениями психосексуальных ориентаций неоднократно обсуждалась в литературе [Stroms M.D., 1981].

Для изучения сфер психосексуальной ориентации и полового самосознания, личностных смыслов, установок и отношений, обусловленных направленностью сексуального влечения, а также для изучения характера эмоционального отношения к представителям того или иного пола, эмоциональной идентификации с родителем своего пола Е.Г. Дозорцева и И.А. Кудрявцев (1994) предлагают использовать ЦТО (цветовой тест отношений).

Достаточно популярен среди исследователей тест «Рисунок человека» (К. Маховер). Он используется для определения половой идентификации, внутренних проблем и конфликтов в сексуальной сфере, психосексуальных ориентаций [Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г., Симоненкова М.Б., 1991], особенностей половой идентичности и идентификации, самовосприятия, доминантности-покорности в отношениях, признаков социальной дезадаптации [Исаев Д.Д., Анохина А.О., 1993], актуальных проблем в сфере взаимоотношений с противоположным полом, наличия сексуально-ролевого конфликта [Антонян Ю.А., 1990]. Существуют исследования, в которых описывают признаки, характерные для некоторых групп сексуальных преступников [Verdon M.M., Wysocki B.A., Wysocki A.C., 1977]. Так, формальность восприятия возрастных особенностей «ребенка» проявляется при выполнении рисуночных методик: при изображении «ребенка» педофилы часто изображают его с игрушкой, бантиками и т.д., т.е. подчеркивают за счет внешних атрибутов его «возраст» [Дворянчиков Н.В., Герасимов А.В., Ткаченко А.А., 1997].

Следует отметить, что некоторые исследователи предпочитают включать в серию тестов для изучения сексуальных насильников MMPI [Антонян А.Ю., 1990; Happel R., 1993], отмечая при этом, что данный тест не обладает достаточной дискриминативностью для описания групп сексуальных преступников. M. Moncrieff и D. Pearson (1979), проводя исследование характерологических нарушений и психологических особенностей эксгибиционистов и вуайеристов при помощи MMPI, не получили при этом существенных характеристик данной группы лиц. S.A. Suarez, F.G. Villanova, J.P. Lopex (1996) провели сравнительное исследование лиц с гетеро- и гомосексуальной направленностью, используя тест MMPI. В результате не было получено значимых различий между этими группами по личностным особенностям, за исключением шкалы «мужественности/женственности», что может служить индикатором нарушений половой идентичности у этих лиц, но не позволяет рассматривать эти нарушения в рамках целостного полового самосознания. Многие исследователи также отмечают фемининность мужчин-гомосексуалистов [Stephan W.D., 1973; Thompson N.L. et al., 1973]. Неудачные попытки изучения с помощью MMPI сексуальных преступников отмечают многие авторы. Так, не дало результата сопоставление профилей педофилов, насильников и несексуальных преступников [Anderson W.P., Kunce J.T., 1979]. M.J. Herkov и соавт. (1996) отмечают большую выраженность психопатологических характеристик по MMPI в группе лиц с девиантным сексуальным поведением по сравнению с нормой. Многочисленные исследования, посвященные изучению личностной детерминации насильственных противоправных сексуальных действий, не подтвердили достоверно значимого отличия личностных особенностей такого рода испытуемых от преступников других групп [Антонян Ю.М. и др., 1990; Hartman B.J., 1967; Perdue W., Lester D., 1972]. По данным отечественных исследователей [Антонян Ю.М. и др., 1990], лица с противоправным сексу-

альным поведением существенно не отличаются от других категорий преступников (за исключением показателя шкалы 5 «мужественность/женственность»), что, по мнению авторов, отражает однородность распространения определенных типов личности в данных группах. M.E. Johnson, G. Jones, C. Brems (1996), проверяя валидность шкал GF и GM в MMPI-2, выявили при использовании различных шкал изучения полоролевой идентичности (Bem Sex-Role Inventory, Sex Role Behavior Scale и Sex Role Identity Scale), что последние имеют низкие устойчивость и конкурентную валидность, а также то, что GF и GM имеют больше отношение к личностным чертам уверенности в межличностных отношениях и чувствительности (сенситивности), чем к фемининности/маскулинности.

Таким образом, из приведенных данных очевидно, что предмет психологического исследования в судебной сексологии довольно широкий и требует достаточно объемного исследования. Для проведения психологического исследования в судебной сексологии необходимым представляется привлечение специалиста-психолога. Поверхностная или недостаточная осведомленность о психологических, теоретических и методологических знаниях о закономерностях и особенностях протекания и структуры психической деятельности человека, отсутствие четкого представления о возможностях и ограничениях при работе с психодиагностическими методами исследования личности не дают достаточного эффекта и не могут в полной мере способствовать решению стоящих перед экспертом задач.

Основные предметные сферы психологического исследования: 1) особенности межличностного взаимодействия, социальные коммуникативные навыки, способность к установлению, поддержанию, выходу из контакта; способность к партнерским отношениям; способность к эмоциональному сопереживанию другому человеку, возможности прогноза поведения другого человека; особенности эмоционального межличностного восприятия; способы разрешения межличностных конфликтов; 2) специфические характеристики личности, имеющие отношение к сфере полового самосознания, включающие полоролевую идентичность; представления о стереотипах поведения и функциях, характеризующих мужчин или женщин в данном обществе и отношение к ним; паттерны поведения индивида в соответствии с половозрастными стереотипами или коррелятами этих стереотипов; установки, ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения того или иного пола; установки, ценности индивида в отношении представителя другого пола (особенности эмоционального восприятия), особенности интериоризированности половой роли.

В психологическом исследовании в судебной сексологии точкой отсчета является исследование психологических и психосексуальных особенностей индивида, которые, влияя на его процессуальные способности, могут приобретать юридическое значение в уголовно значимых ситуациях (см. главу 4).

Важнейшее место в экспертном исследовании занимает, по мнению Ф.С. Сафуанова (1994), теоретические и методологические положения клинической психологии с достаточно разработанным аппаратом анализа познавательной деятельности и личности, сложившимся психодиагностическим инструментарием. При этом нельзя не согласиться с О.Д. Ситковской (1998), которая отмечает ограниченность использования в экспертном исследовании методов, рассчитанных на выявление способности или неспособности к осуществлению элементарных интеллектуальных операций. Для решения различных экспертных задач способность субъекта к владению этими операциями имеет вспомогательное значение. По мнению О.Д. Ситковской (1998), предмет исследования эксперта-психолога должен быть ре-

левантен уголовной ситуации и определяться специфическим кругом информационных объектов, содержание которых ориентирует поведение и протекание психических процессов в уголовно-значимых ситуациях. Данные объекты представляют собой совокупность устных, письменных, графических знаковых систем, фиксирующих определенные правила, запреты, последствия их нарушения. Иными словами, в психологическом экспертном исследовании должны использоваться экспериментальные ситуации, моделирующие определенные аспекты деятельности, релевантные юридически значимым процессам.

В отношении психологического исследования в судебной сексологии возникает необходимость рассмотрения тех самых «информационных объектов», имеющих отношение к психосексуальности (например, представление о полоролевых стереотипах поведения, возможность отклонения от них за счет сниженного эмоционального к ним отношения или же за счет их искаженности или недифференцированности). Закономерно также исследование особенностей полового самосознания, полоролевой «Я-концепции» как относительно устойчивых представлений индивида о самом себе (в большей или меньшей степени осознанных), участвующих в регуляции его поведения и протекании психических процессов в ситуациях, релевантных половому самосознанию, например в ситуациях, когда требуется участие определенных полоролевых стереотипов. В частности, недифференцированность по маскулинной составляющей, диффузность «Я-концепции», фемининность «Я-реального» не способствует гибкому поведению у мужчин, ограничивая доступность паттернов полоролевого поведения, а недостаточная интериоризированность полоролевых нормативов может в свою очередь ограничивать выбор стратегий взаимодействия в тех ситуациях, когда необходима динамичная актуализация в поведении полоролевых стереотипов [Дворянчиков Н.В., Ткаченко А.А., 1998]. Как отмечает М.И. Еникеев (1996), при недостаточности «фонда сознательных способов поведения, при дефиците информации для сознательного построения действий» доминирует эмоциональная регуляция активности. При этом в рамках методологии исследования экспертизы эмоциональных состояний особую роль приобретает выделение личностных факторов, определяющих особенности переработки эмоционально значимой информации, склонность к фиксации на отрицательных эмоциональных переживаниях и т.д. [Сафуанов Ф.С., 1998].

Таким образом, применение психологических методов в судебной сексологии определяется экспертными задачами, стоящими перед психологом в следующих формах: 1) в рамках сексологической экспертизы (сексолого-психиатрическая); 2) в рамках комплексной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы.

В первом случае психологическое исследование носит направленный характер и выполняет задачи сексологического обследования. Направленное психологическое исследование позволяет не только объективировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере: личностных смыслов, отношений, установок. В этих случаях задачи, стоящие перед психологом, прежде всего диагностические, целью которых является уточнение степени сформированности полового самосознания, особенностей эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения. Однако это также и изучение «информационных объектов», связанных с сексуальностью. Это исследование личностных смыслов, обусловленных психосексуальными ориентациями, представлениями о полоролевых нормативах, включенностью их в систему личностных смыслов, ценностей. Таким

образом, исследователь получает данные, которые могут быть недоступны в рамках сексологического исследования, и в этом плане не только верифицируют и объективируют его, но и существенно дополняют.

Во втором случае перед психологом стоят специфические задачи как перед полноправным участником комплексной экспертизы. Он реализует свою компетенцию во всем объеме [Сафуанов Ф.С., 1998], но в ходе всего исследования естественным образом интегрирует данные направленного психологического исследования в совокупности с данными стандартного патопсихологического экспертного исследования.

Направленное психологическое исследование позволяет определить уровни собственно личностной регуляции поведения в ситуациях, релевантных половому самосознанию (например, в ситуациях, требующих участия определенных полоролевых стереотипов). Кроме того, комплексный анализ специфики восприятия различных особенностей объекта сексуального влечения совместно с особенностями полового самосознания позволяет выделить и проанализировать совокупность психологических факторов, препятствующих нормативному удовлетворению сексуального влечения, а также обозначить особенности полового самосознания и восприятия объекта сексуального влечения, сопутствующие различным формам аномального сексуального влечения.

При психологическом исследовании эмоциональной сферы у лиц с противоправным сексуальным поведением целесообразным представляется использование трехзвенной модели эмоциональной активности Н.С. Курека (1996). Согласно этой концепции, эмоциональная активность трактуется как «нецеленаправленное, непроизвольное изменение психической активности, связанное с восприятием эмоциогенных стимулов, их субъективной переработкой и выражением вовне эмоционального отношения к воспринятому, характеризующееся приятным-неприятным тоном, положительным-отрицательным знаком, определенной модальностью (радость, страх, гнев, печаль)». Соответственно в эмоциональной активности выделяют три компонента: импрессивный — восприятие, оценка и осознание эмоций и эмоциогенных стимулов; субъективный — их субъективная переработка; экспрессивный — выражение своего отношения к ним.

Универсальность данной модели позволяет подвести ее под существующие феномены поведения лиц с отклоняющимся сексуальным поведением. Использование модели эмоциональной активности дает возможность показать роль ее нарушенных компонентов в этиологии и патогенезе парафильного поведения. Комплексное использование методик, направленных на исследование эмоциональной сферы, позволяет проводить анализ нарушений в двух направлениях: с одной стороны, вычленение когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов коммуникации, с другой — анализ поэтапного развертывания акта коммуникации. Выделенные таким образом структурный и поэтапный анализ позволяет внести существенные и значимые представления о роли эмоциональной активности в формировании психологических механизмов регуляции девиантного сексуального поведения «Я» и межличностного восприятия.

Таким образом, в рамках психологического исследования в судебной сексологии возникает необходимость изучения таких аспектов личности самосознания и саморегуляции, которые релевантны юридически значимой ситуации, имеющей отношение именно к сексуальной сфере. Здесь особое значение приобретают изучение полового самосознания, половозрастных норм, особенностей их интериоризированности, возможности их участия в регуляции поведения.

Ниже приводятся описания методов, составляющих стандартную серию в рамках направленного психологического исследования, модифицированных для задач исследования.

7.3. Методы психологического исследования сексуальной сферы

В этом разделе описываются психологические методы, большинство из которых уже в течение нескольких лет используются при решении различных экспертных задач, стоящих перед психологами в рамках судебно-сексологических задач, и могут быть рекомендованы специалистам-психологам, работающим как в сфере судебной психологии, так и в других областях (диагностика межличностных отношений в семье, психотерапия и т.д.), имеющих отношение к указанной проблеме.

При направленном психологическом исследовании в судебной сексологии наиболее адекватным представляется подход к рассмотрению поведения как функции взаимодействия личности и среды, причем личностные особенности рассматриваются как возможности, реализующие конкретные действия в ситуациях, релевантных сексуальной сфере. В этом случае анализ категории «поведение» предполагает прежде всего анализ категорий «личность» и «ситуация».

Таким образом, при направленном психологическом исследовании в судебной сексологии (для исследования лиц с сексуальными девиациями, потерпевших от сексуальных деликтов, транссексуальных состояний и др.) особое внимание следует уделять изучению таких специфических составляющих личностно-ситуационного взаимодействия, как сфера половозрастного самосознания (схема 7.1).

7.3.1. Методика «Кодирование» (модифицированный вариант «проективного перечня» З. Старовича)

В качестве основы модифицированной методики «Кодирование» была взята техника «проективный перечень» З. Старовича (1991), предлагающего в качестве «нетрадиционного» и «нерутинного» дополнения к процессу судебно-сексологического обследования использовать ее для психологического исследования личности. Данная техника применялась для изучения самооценки обследуемого, выяснения его позиции по отношению к собственному и противоположному полу, сексуальным партнерам. В зависимости от решаемых экспертами-сексологами задач могут меняться содержание и направленность применения методики. Так, при освидетельствовании лиц в процессе производства экспертизы по гражданским делам основное внимание уделяется изучению личности обследуемого, его супруга (супруги) или постоянного сексуального партнера. При производстве судебно-сексологической экспертизы по уголовным делам можно исследовать образы «мужчины» и «женщины», а также специфические сексуальные или эротические объекты (при девиантных наклонностях).

Как указывает автор «проективного перечня», технически метод крайне прост в исполнении, однако интерпретация получаемых с его помощью данных трудна. На наш взгляд, подобные затруднения при интерпретации получаемых результатов во многом связаны с дефицитом именно специальных психологических знаний, в особенности из-за отсутствия четкого

Схема 7.1

Психологическое исследование в судебной сексологии

Предметные области психологического исследования сексуальной сферы							
Самосознание				Межличностное восприятие			
Половозрастная идентичность	Полоролевые стереотипы	Паттерны полоролевого поведения	Полоролевые предпочтения	Восприятие потенциального объекта сексуального предпочтения	Межличностные конфликты в полоролевой сфере	Восприятие и переработка эмоционально-значимой информации	Мотивационная сфера, установки стратегии межпартнерского взаимодействия
Методики исследования							
МиФ, ФПО, «Кодирование», «Каузометрия», ВиД, ЦТО, рисуночные	МиФ, ФПО, «Кодирование»	МиФ, ФПО, «Кодирование», репертуарная ранговая решетка	МиФ, ФПО, «Кодирование»	МиФ, ФПО, «Кодирование», рисуночные, репертуарная ранговая решетка	МиФ, «Кодирование», тест «Руки», рисуночные, репертуарная ранговая решетка, проба Шварцландера	«Кодирование», Изарда	«Кодирование», тест «Руки», ВиК, репертуарная ранговая решетка, проба Шварцландера

представления об имеющихся возможностях и ограничениях при работе с психодиагностическими методами исследования личности.

Основное внимание при модификации «проективного перечня» уделено специальным параметрам исследования и возможности их качественного и количественного шкалирования. В данной модификации эта методика служит направленным ассоциативным тестом со стандартной процедурой предъявления стимульного материала, что позволяет проводить как межиндивидуальные, так и межгрупповые сравнения [Ениколопов С.Н., Герасимов А.В, Дворянчиков Н.В., 1996].

Методика «Кодирование» может использоваться для изучения особенностей межличностного восприятия, самовосприятия, а также служить инструментом исследования представлений об образах потенциальных и реальных объектов сексуального влечения. Кроме того, эта методика позволяет выявить степень интериоризованности полоролевых нормативов, их дифференцированность, эмоциональное к ним отношение.

Испытуемому предлагается подобрать ассоциацию к каждому из стимулов и таким образом как бы «закодировать» стимульный объект в рамках предлагаемых классов понятий. В качестве основных стимулов выступают следующие объекты: «Я», «Мужчина», «Женщина», «Ребенок» (перечень объектов для «закодирования» может меняться в зависимости от конкретной задачи).

Ассоциативный поток определяется следующими классами понятий: «Неодушевленный предмет», «Травянистое растение», «Дерево», «Животное», «Музыкальный инструмент», «Геометрическая фигура», «Сказочный персонаж», «Амплуа артиста цирка». В рамках каждой категории необходимо предложить такой ассоциативный образ, который по каким-либо свойствам или признакам, с точки зрения испытуемого, наиболее полно отражает и характеризует тот или иной «кодируемый» объект.

Следует отметить, что процедура тестирования не ограничивается только выявлением ассоциативного образа, а включает в себя раскрытие содержательного, смыслового компонента каждой ассоциации. Например, если на предлагаемый стимульный объект «Женщина» в рамках класса «Травянистое растение» испытуемый подбирает понятие «Роза», то необходимо выяснить: а) почему именно этот образ, по его мнению, наиболее соответствует понятию «Женщина»; б) какие качества, свойства или характеристики явились объединяющими (общими) при выборе этой ассоциации. Ответы на такие вопросы помогают выявить смысловой аспект восприятия, особенности эмоционального отношения к «кодируемому» объекту, что способствует и более объективной интерпретации получаемых результатов.

Так, при использовании дополнительных вопросов в одном случае может быть образ «Роза, так как красивая, имеет приятный запах, женщины очень любят этот цветок», который качественно отличается от другого варианта, где «Роза — стройная и красивая, но также имеет шипы, может до крови поранить, если не умеешь правильно обращаться».

Структурный анализ результатов теста направлен на исследование четкости и дифференцированности представлений об образах «Мужчины», «Женщины», «Ребенка». При обработке результатов теста в качестве параметров структурного анализа выделяется ассоциативно-семантическая близость стимулов (ассоциативное пересечение понятий), определяемых через степень совпадения ответов, где степень подобия объектов анализа устанавливается через сходство данных на них ассоциаций [Петренко В.Ф., 1988].

Рассматриваются особенности идентификации с образами «Мужчины», «Женщины» и «Ребенка», например пересечение образов «Я»-«Женщина» у испытуемого мужчины может свидетельствовать об идентификации с женским полоролевым стереотипом, в то время как пересечение образов «Я»-«Мужчина» — об идентификации с мужским полоролевым стереотипом. Пересечение образов «Я»-«Ребенок» говорит о незрелости личности испытуемого, его инфантильности. Немаловажным показателем недостаточной когнитивной дифференцированности половой роли является ассоциативно-семантическая близость образов «Мужчина»-«Женщина».

Среди особенностей неадекватного (искаженного) восприятия реального или потенциального сексуального партнера следует выделить недостаточную дифференцированность половозрастных аспектов, проявляющихся в пересечении образов «Мужчина»-«Ребенок», «Женщина»-«Ребенок», что характерно для таких расстройств сексуального влечения, как педо- и эфебофилия.

Содержательный анализ предполагает выделение и анализ таких индивидуальных особенностей переживания образа «Я», как «доминирование»: *«Я — дрессировщик диких животных, люблю укрощать хищников»* (испытуемый М., 42 года, садизм); «зависимость»: *«Я — слабое нежное растение, за которым нужно ухаживать и охранять от стихии»* (испытуемый М., 36 лет, педофилия); «сопротивление»: *«Я — кактус, если что, могу уколоть, дать отпор»* (испытуемый Т., 32 года, расстройств влечения не выявлено), «трансформированность»: *«Я — пластилин, можно вылепить что угодно»* (испытуемый Д., 18 лет, гетеросексуальная педофилия), *«Я — лед, меня со-*

греть — и я растаю» (испытуемый П., 30 лет, садизм); *«Я — мягкое дерево, из которого можно делать любые вещи»* (испытуемый Л., 54 года, гомосексуальный педофильный садизм).

Для выявления и анализа эмоционального отношения к образам «Мужчины», «Женщины» и «Ребенка» фиксируются следующие аспекты:

- *нейтральное восприятие* — качество данных ассоциаций отличается формальностью, где нет акцентирования какой-либо аффективной окраски, а также отсутствием каких-либо эмоциональных суждений и оценок по отношению к «кодируемому» объекту;
- *положительное восприятие* — подчеркивание субъективно позитивных и приятных качеств этого объекта (например, «Ребенок» — «Котенок, так как мягкий, пушистый, игривый и ласковый»);
- *отрицательное восприятие* — подчеркивание негативных аспектов объекта, наличие субъективных суждений и оценок отрицательного характера («Мужчина» — «Дуб, так как он тупой как дерево, глупый»);
- *амбивалентное восприятие* — акцентирование одновременно как приятных и положительных, так и отрицательных качеств объекта («Женщина» — «Печка, так как теплая, может согреть, но может и обжечь», «Осока — красивая, стройная, но можно порезаться», «Крапива — лечит и калечит», «Роза — красивый цветок, но есть шипы, о которые можно пораниться»);
- *деперсонифицированное восприятие* — включает в себя акцентирование косвенных, атрибутивных, неодушевленных и/или формальных признаков («Женщина» — «Деревянная кукла, как хочешь, так ей и играешь», «Манекен — нет чувств и понимания никакого», «Норка, так как носит такую шубу», «Ребенок» — «Марионетка, на ниточках»).

Такие искажения когнитивного и эмоционального восприятия образа другого, в том числе и образа потенциального или реального сексуального партнера («Женщина»), характерны для лиц с расстройством сексуального влечения в виде садизма, когда в качестве основного индикатора выступают неодушевленность, обезличенность, схематичность данных образов. Также специфическим паттерном для них является и «нейтральное» восприятие образа «Женщины», что отражает снижение какой-либо эмоциональной валентности, эмоциональное безразличие в межличностном и межпартнерском взаимоотношениях. Характерно, что такого рода искажения не наблюдаются у сексуально-агрессивных лиц без расстройств сексуального влечения, но имеющих выраженное преобладание «негативного» и «отрицательного» отношения к образу «Женщина», что может говорить о существовании различных механизмов в проявлении сексуальной агрессии у лиц с садизмом и у лиц без расстройства сексуального влечения.

Нейтральное отношение к образу «Мужчина» может свидетельствовать о недостаточной эмоциональной значимости мужской половой роли для испытуемого, невозможности ее полного участия в регуляции поведения в ситуациях, релевантных половому самосознанию (в частности, такое отношение к половой роли наблюдается при синтонических формах расстройств сексуального предпочтения). Формальное, деперсонифицированное отношение отражает атрибутивный характер представлений о мужской половой роли, определение ее через внешние, эмоционально незначимые атрибуты.

Амбивалентное отношение отражает конфликтность переживания собственного соответствия мужским полоролевым стереотипам, стремление к соответствию и одновременно избеганию мужской половой роли.

Положительное эмоциональное отношение к мужской половой роли характерно для нормативной мужской выборки, что подтверждается многими исследованиями [Симоненкова М.Б., Дозорцева Е.Г., Кудрявцев И.А., 1991; Дворянчиков Н.В., 1998; Wood W., 1995], оно может отражать значимость этой нормы для индивидуума.

Содержательный смысловой анализ позволяет также оценить четкость половозрастного восприятия объекта сексуального предпочтения. Так, наличие в описании образа «Женщина» качеств и признаков, более характерных для детского возраста (или же приписывание образу «Ребенок» качеств и признаков, более характерных для взрослой женщины), чаще всего наблюдается при гетероориентированной педо- и эфебофилии. Аналогичное восприятие образа «Мужчина», где испытуемый акцентирует качества и признаки, скорее относящиеся к детскому возрасту (или же приписывание образу «Ребенок» качеств и признаков, более характерных для взрослого мужчины) наблюдается при гомоориентированной педо- и эфебофилии.

7.3.2. Методика МиФ (маскулинность и фемининность)

Предлагаемая модификация методики базируется на перечне маскулинных и фемининных качеств, предложенных Т.Л. Бессоновой (1994), которая основывалась на концепции андрогинии S. Bem (1974). В литературе неоднократно отмечалось, что тест BSRI (Bem Sex-Role Inventory) относится к наиболее эффективным методам исследования половой идентичности и предсказывает такие аспекты маскулинности/фемининности, как инструментальность и экспрессивность, особенности самоотношения и самоуважения [Кон И.С., 1988; Heilbrun A., 1981].

Методика позволяет установить индивидуальную степень выраженности феминности, маскулинности, андрогинности, определить субъективное отношение личности к своему уровню развития этих черт.

В качестве стимульного материала выступает недостаточно структурированный вербальный материал, включающий 21 прилагательное (7 из них отражают маскулинные качества, 7 — фемининные, 7 — нейтральные), каждым из которых необходимо закончить предложение и оценить получившееся высказывание по степени выраженности (по шкале «всегда», «обычно», «иногда», «никогда»).

Испытуемому предлагается завершить незаконченное предложение («На самом деле я...», «Хотелось бы, чтобы я был...», «Мужчина должен быть...», «Женщина должна быть...», «Мужчины считают, что я...», «Женщины считают, что я...», «Мой реальный сексуальный партнер...», «Хотелось бы, чтобы мой сексуальный партнер был...») словом из перечня маскулинности/фемининности и отметить вариант ответа который, по его мнению, подходит в наибольшей степени

Особое внимание при этом уделяется анализу семантической близости между различными образами «Я» и составляющими полоролевой идентичности в рамках психологического пространства маскулинности/фемининности.

Структурный анализ производится путем расчета семантической близости (в тестовых единицах пространства маскулинности/фемининности) между образующими полового самосознания. Например, близость образов «Я-идеальное» и «Мужчина должен быть...» может свидетельствовать о значимости для испытуемого образа мужчины, о включенности мужского полоролевого стереотипа в систему полоролевых предпочтений.

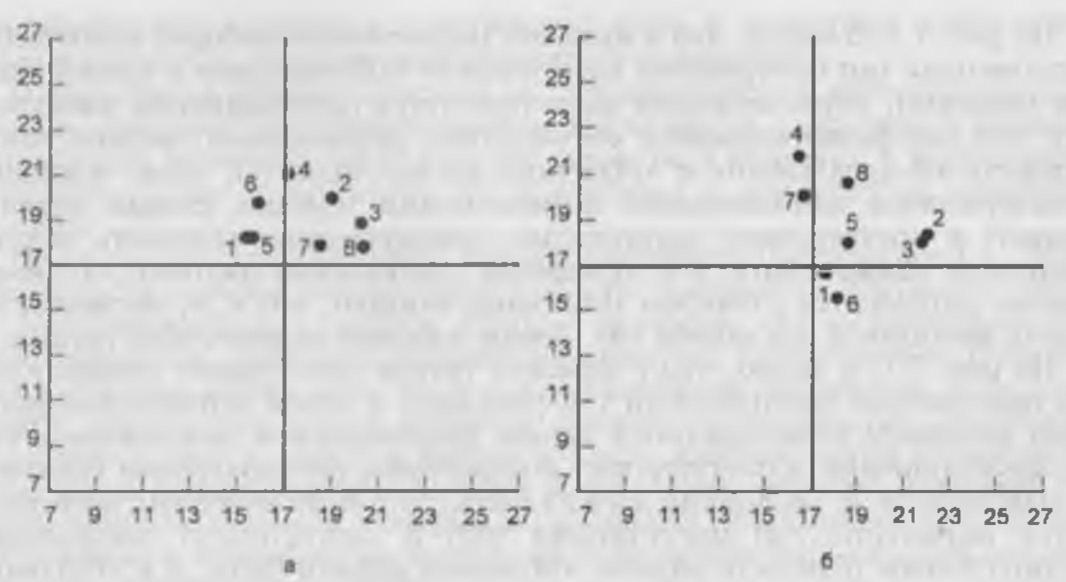


Рис. 7.1 Средние значения нормативной выборки.

а — женщины (52); б — мужчины (78). По оси абсцисс — выраженность маскулинных качеств; по оси ординат — выраженность фемининных качеств. 1 — «На самом деле я...»; 2 — «Хотелось бы, чтобы я был...»; 3 — «Мужчина должен быть...»; 4 — «Женщина должна быть...»; 5 — «Женщины считают, что я...»; 6 — «Мужчины считают, что я...»; 7 — «Реальный сексуальный партнер...»; 8 — «Идеальный сексуальный партнер...».

Содержательный анализ позволяет определить пропорцию М/Ф-составляющих в каждом из образов («Я-реальное», «Я-идеальное»), дифференцированность полоролевых качеств в различных структурах полового самосознания.

Нами проведено обследование с помощью данного теста нормативных выборок: 78 мужчин в возрасте от 18 до 27 лет (рис. 7.1, б) и 52 женщин в возрасте от 17 до 26 лет (рис. 7.1, а). В табл. 7.1 приведены средние значения показателей и стандартные отклонения по группам.

Таблица 7.1. **Средние значения в нормативных группах**

Значения	«На самом деле я...»		«Хотелось бы, чтобы я был...»		«Мужчина должен быть...»		«Женщина должна быть...»		«Женщины считают, что я...»		«Мужчины считают, что я...»		«Реальный сексуальный партнер...»		«Идеальный сексуальный партнер»	
	М	Ф	М	Ф	М	Ф	М	Ф	М	Ф	М	Ф	М	Ф	М	Ф
1. Средние	15,42	18,19	19,10	19,94	20,40	17,77	17,14	21,04	15,69	18,20	15,92	19,77	18,60	17,89	20,29	18,84
Стандартное отклонение	2,72	2,83	2,97	2,43	2,55	2,59	3,00	2,95	3,00	3,26	3,81	3,67	2,82	3,27	3,18	2,74
2. Средние	17,46	16,78	21,92	18,32	21,76	18,05	16,40	21,60	18,51	18,00	18,01	15,69	16,62	19,95	19,50	20,50
Стандартное отклонение	2,63	2,35	2,54	2,73	2,80	2,96	2,16	2,44	3,18	2,40	3,23	2,78	3,41	2,79	3,32	2,90

Примечание: М — маскулинность; Ф — фемининность; 1 — женщины; 2 — мужчины.

На рис. 7.1, б видно, что в мужской нормативной выборке преобладает маскулинный тип полоролевой идентичности («Я-реальное» в правом нижнем квадрате), образ мужчины характеризуется преобладанием маскулинных черт над фемининными и соответствует полоролевым предпочтениям (близость «Я-идеального» и «Мужчина должен быть...»), образ женщины характеризуется выраженными фемининными чертами (левый верхний квадрат) и соответствует сексуальным предпочтениям (близость образов «Женщина должна быть...» и «Реальный сексуальный партнер...»). «Я-реальное» соотносится с образом «Мужчины считают, что я...», что может отражать значимость для образа «Я» оценок мужской референтной группы.

На рис. 7.1, а видно, что в женской группе преобладает фемининный тип полоролевой идентичности («Я-реальное» в левом верхнем квадрате), образ женщины характеризуется явным преобладанием фемининных черт над маскулинными и соответствует полоролевым предпочтениям (близость «Я-идеального» и «Женщина должна быть...»). Образ мужчины характеризуется выраженностью маскулинных черт и соответствует сексуальным предпочтениям (близость образов «Мужчина должен быть...» и «Реальный сексуальный партнер...»). «Я-реальное» соотносится с образом «Женщины считают, что я...», что может отражать значимость для образа «Я» оценок женской референтной группы.

Таким образом, для обеих групп является общим соответствие полоролевых предпочтений типичным для своего пола эталонов, а сексуальные предпочтения соответствуют эталонам противоположного пола.

Данная методика успешно применялась при исследовании лиц с аномалиями сексуального влечения [Дворянчиков Н.В., 1998]. Основную экспериментальную группу составляли 77 человек с различными формами сексуальных девиаций (эксгибиционизм — 13; педофилия — 33, в том числе 19 гетеро- и 16 гомоориентированных лиц; 31 человек с расстройствами влечения и агрессивно-садистическим поведением). При аномалиях сексуального влечения выявлены структурные и содержательные нарушения полоролевой идентичности: фемининность полоролевой идентичности, идентификация с женскими полоролевыми стереотипами, недостаточная эмоциональная усвоенность мужской половой роли (формальность представлений об образе мужчины, расхождение полоролевых предпочтений и полоролевых стереотипов), недифференцированность паттернов полоролевого поведения по маскулинности.

7.3.3. Методика ФПО («фигура»—«поза»—«одежда»)

Методика ФПО, предложенная психологом лаборатории Д.К. Саламовой, относится к проективным методам, позволяющим сенсибилизировать исследование полового самосознания человека. Она основывается на многофакторной теории половой идентичности, согласно которой психологический пол индивида не ограничивается осознанием себя как представителя определенного пола или выраженностью маскулинности и фемининности. В последнее время на смену концепциям о независимости полотипических качеств [Bem S., 1974] приходят модели, рассматривающие половую идентичность как совокупность различных факторов: полотипических установок, коррелирующего с полом поведения, интересов, физических атрибутов, которые в целом определяют собственно половую идентичность индивидуума [Spence J.T., 1993; Koestner R., Aube J., 1995]. В них предлагается многофакторная теория половой идентичности, объединяю-

щая множество моделей о собственном поле в целостную личностную самоидентичность на различных уровнях «Я-концепции».

Предлагаемая методика состоит из 18 предъявляемых испытуемому картинок в случайной последовательности: две серии по 3 карточки в каждой с выраженным атрибутом «фигура», две серии по 3 карточки с выраженным атрибутом «поза» и две серии по 3 карточки с выделенным атрибутом «одежда».

Проективный характер этого метода заключается в следующем — неопределенность стимула способствует тому, что восприятие в большей степени детерминируется прошлым опытом человека, его индивидуальными предпочтениями, системой личностных смыслов. Особенностью стимульного материала является то, что в каждой картинке прорисован лишь один атрибут пола, а два других остаются недифференцируемыми (например, прорисована поза, а одежда и фигура объекта, изображенного на картинке, остаются не дифференцируемыми по полу). Таким образом, создается ситуация неопределенности стимула, допускающая неоднозначную трактовку изображения и позволяющая изучать систему личностных смыслов данного человека, обусловленных полом.

Выбор фигур, характеризующих отчетливо мужские и отчетливо женские признаки, осуществлялся в рамках андроморфно-гинекоморфной полярности. Относительно увеличенную ширину бедер и усиленное отложение подкожной жировой клетчатки следует считать признаком «гинекоморфии», а чрезмерно выраженную относительную ширину плеч или усиленный рельеф мышц рассматривать как высокую степень «андроморфии» [по Гримм Г., 1967].

В рамках этологической психиатрии компоненты невербального поведения, определяющие сексуальную ориентацию, могут быть выявлены по радикалу агрессии-подчинения [Самохвалов В.П., Корнетов А.Н., 1988; Самохвалов В.П., 1993]. Так, у мужчин выделяется увеличение линии плеча, что отражает стремление мужчин увеличивать размеры плеч с целью демонстрации ранга.

А. Пиз выделяет позы «готовности», «доминантности», характерные для мужчин, — это поза «руки на поясе, ноги разведены». Позы, характерные для женщин при ритуале ухаживания, — это полуразворот в сторону мужчины (собеседника) и покачивание бедрами (1997).

Согласно А.И. Супрун (1990), В. Брун и М. Тильке (1996), традиционно мужской костюм состоит из пиджака, брюк, жилета и галстука, при этом главным признаком, отличающим мужской костюм от женского, является пиджак. Юбка является главным атрибутом женского костюма.

В каждой серии картинок (с выделенным одним признаком) — 3 варианта: 1) с прорисовкой мужских признаков; 2) с прорисовкой женских признаков; 3) с прорисовкой признаков, которые могут быть приписаны как мужскому, так и женскому полу. Например, на рис. 7.2, а изображен атрибут одежды, на рис. 7.2, б, в — признаки женской позы, на рис. 7.2, г — мужская фигура.

Испытуемому предлагают: 1) оценить каждую карточку по степени выраженности отдельно мужских и женских признаков, используя 4-балльную шкалу:

1 балл — мужские (женские) признаки отсутствуют;

2 балла — минимальная степень выраженности мужских признаков (женских признаков);

3 балла — средняя степень выраженности мужских признаков (женских признаков);

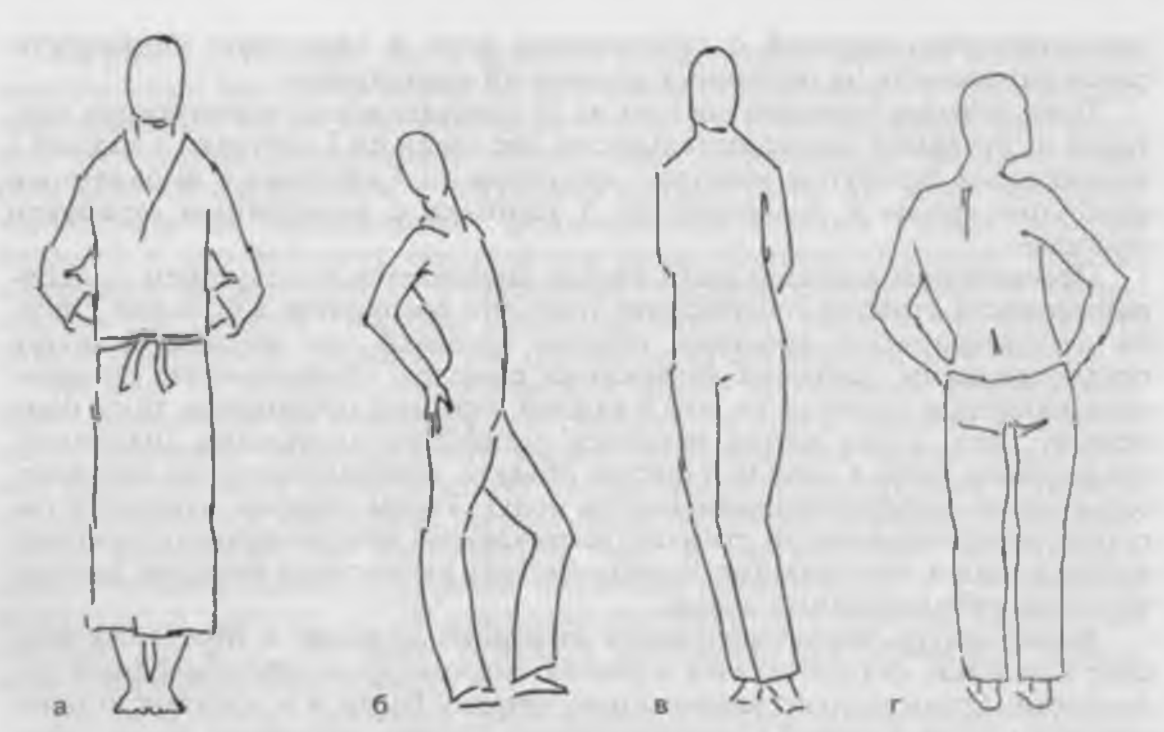


Рис. 7.2. Стимульный материал методики ФПО.

а — выделен атрибут одежды; б, в — выделены признаки женской позы; г — выделена мужская фигура.

4 балла — максимальная степень выраженности мужских признаков (женских признаков);

2) каждую карточку по степени близости изображенного объекта к существующему у данного индивида идеалу (полоролевым предпочтениям), приписывая балльные оценки от 1 до 4;

3) степень похожести испытуемого на объект, изображенный на картинке;

4) степень сексуальной привлекательности каждой карточки по 4-балльной шкале.

При обработке результатов исследования проводят количественный и качественный анализ.

Качественный анализ производится с учетом характеристик изображенных персонажей:

1) особенности восприятия мужских и женских признаков;

2) структура полоролевой идентичности. Определение того, в какой степени представлены в «Я-концепции» индивида мужские/женские качества;

3) полоролевые предпочтения — ценности индивида в отношении того или иного пола;

4) особенности восприятия объекта сексуального предпочтения.

Следует обратить внимание на:

а) различие показателей по шкалам при выраженности разных атрибутов пола. Данный анализ необходим, чтобы изучить, существуют ли различия у данного субъекта при опоре на формальные признаки пола (одежда) или на признаки, объективно отражающие половые различия (поза и фигура); б) сопоставление особенностей объекта сексуального влечения и полоролевых предпочтений; в) сопоставление идентификации и полоролевых предпочтений.

Количественный анализ. В структуру теста включены показатели: КМ — качества мужские (оценки, приписываемые данным испытуемым); КМТ — качества мужские по тесту, т.е. заданные в нем; КЖ — качества женские (оценки, приписываемые данным испытуемым); КЖТ — качества женские по тесту, т.е. заданные в нем; ИДЕНТ — показатели степени идентификации; СП — показатель сексуальной привлекательности; ИДЕАЛ — показатель полоролевых предпочтений.

При дальнейшем анализе необходимо сопоставить показатели по разным шкалам у данного испытуемого и показатели, заданные в тесте (степень корреляции между ними). Таким образом, сопоставляются (т.е. вычисляется коэффициент корреляции) 16 оценок по данному показателю с 16 оценками по другому показателю (например, сопоставляются результаты оценок КМ и КМТ и т.д.).

Корреляционный анализ соотношения балльных оценок мужских/женских качеств по описанным шкалам позволяет оценить, в какой степени испытуемый точно определяет полоролевые качества по всем основным атрибутам, заданным в тесте, а также то, в какой степени самоидентификация, полоролевые предпочтения, сексуальная привлекательность зависят от стереотипов, заданных в стимульном материале, и собственных представлений о мужских и женских качествах.

В табл. 7.2, 7.3 приведены средние значения степени корреляции показателей в группах мужчин и женщин (нормативные выборки), где k = 0,5 p 0,05; k = 0,64 p 0,01 по коэффициенту ранговой корреляции Спирмена.

Очевидно, в нормативной выборке как мужчины, так и женщины достаточно четко определяют полоролевые качества, заданные в картинках (высокая степень корреляции КМ—КМТ; КЖ—КЖТ). Кроме того, представления о мужских и женских качествах взаимоисключают друг друга и находятся в обратной зависимости (КМ—КЖ). В мужской выборке (см. табл. 7.2) собственные представления о мужских качествах — КМ (так же, как и качества, заданные в картинках КМТ) в большей степени определяют идентификацию индивида (КМ—ИДЕНТ, КМТ—ИДЕНТ) и полоролевые пред-

Таблица 7.2. **Усредненные показатели коэффициента корреляции в мужской нормативной выборке (20 чел.)**

Параметры теста ФПО	Значение	КМТ	КЖ	КЖТ	ИДЕНТ	СП	ИДЕАЛ
КМ	Среднее значение	0,731	−0,814	−0,731	0,616	−0,53	0,563
	Стандартное отклонение	0,19	0,14	0,19	0,1	0,29	0,12
КМТ	Среднее значение		−0,783	−1	0,718	−0,61	0,561
	Стандартное отклонение		0,12	0	0,13	0,29	0,24
КЖ	Среднее значение			0,783	−0,626	0,57	−0,516
	Стандартное отклонение			0,12	0,18	0,27	0,26
КЖТ	Среднее значение				−0,719	0,61	−0,561
	Стандартное отклонение				0,13	0,29	0,24
ИДЕНТ	Среднее значение					−0,413	0,711
	Стандартное отклонение					0,37	0,16
СП	Среднее значение						−0,326
	Стандартное отклонение						0,5

Таблица 7.3. **Усредненные показатели коэффициента корреляции в женской нормативной выборке (20 чел.)**

Параметры теста ФПО	Значение	КМТ	КЖ	КЖТ	ИДЕНТ	СП	ИДЕАЛ
КМ	Среднее значение	0,792	−0,802	−0,73	−0,626	0,539	−0,413
	Стандартное отклонение	0,12	0,14	0,12	0,16	0,22	0,35
КМТ	Среднее значение		−0,805	−1	−0,611	0,495	−0,422
	Стандартное отклонение		0,1	0	0,14	0,22	0,36
КЖ	Среднее значение			0,805	0,688	−0,477	0,611
	Стандартное отклонение			0,1	0,13	0,31	0,32
КЖТ	Среднее значение				0,611	−0,495	0,422
	Стандартное отклонение				0,14	0,22	0,36
ИДЕНТ	Среднее значение					−0,286	0,592
	Стандартное отклонение					0,33	0,29
СП	Среднее значение						0,502
	Стандартное отклонение						0,5

почтения (КМ—ИДЕАЛ, КМТ—ИДЕАЛ), чем женские качества (обратная корреляция: КЖ—ИДЕНТ, КЖТ—ИДЕНТ, КЖ—ИДЕАЛ, КЖТ—ИДЕАЛ). При этом сексуальные предпочтения мужчин в большей степени соотносятся с женскими качествами — положительная корреляция КЖ—СП, КЖТ—СП; выявляется корреляционная связь между КМ—СП, КМТ—СП.

В женской выборке (см. табл. 7.3) наблюдается обратная зависимость: собственные представления о женских качествах — КЖ (так же, как и качества, заданные в картинках КЖТ) в большей степени определяют идентификацию индивида (КЖ—ИДЕНТ, КЖТ—ИДЕНТ) и полоролевые предпочтения (КЖ—ИДЕАЛ, КЖТ—ИДЕАЛ), чем мужские качества (обратная корреляция: КМ—ИДЕНТ, КМТ—ИДЕНТ, КМ—ИДЕАЛ, КМТ—ИДЕАЛ). При этом сексуальные предпочтения женщин в большей степени соотносятся с мужскими качествами — положительная корреляция КМ—СП, КМТ—СП, обратная корреляционная связь между КЖ—СП, КЖТ—СП.

Применение данного метода можно проиллюстрировать на примере испытуемой С., 1981 г.р., которая обратилась в Центр по вопросу изменения паспортного пола. В результате обследования ей был поставлен диагноз транссексуализм. При направленном психологическом исследовании С. выявлено следующее: испытуемая легко идет на контакт, понимает смысл обследования, легко усваивает инструкции, трудности понимания заданий не отмечаются, темп работоспособности быстрый, признаков истощения в ходе выполнения заданий не наблюдается. При исследовании мнестических процессов наблюдаются высокая эффективность запоминания (кривая запоминания непосредственной слуховой памяти 6—9—10—10), прочность фиксации следов памяти, а также устойчивость к интерферирующим воздействиям в слухоречевой непосредственной памяти (отсроченное воспроизведение — 10 слов), методика «Запоминание 10 слов». При исследовании мышления были использованы методики «Четвертый лишний» и «Сравнение понятий», с помощью которых выявляется адекватность обобщений, которые производятся преимущественно с опорой на существенные признаки с высоким уровнем абстракции. Полоролевая идентичность испытуемой характеризуется преобладанием маскулинных черт над фемининными (маскулинный тип по методике МиФ). В методике ЦТО проявляется также идентификация с мужскими полоролевыми стереотипами — ис-

пытуемая устанавливает ассоциативные связи между понятиями «Я»—«Я-идеал»—«Мужчина» (черный цвет).

Представления о мужской половой роли характеризуются преобладанием маскулинных черт (методика МиФ), положительной эмоциональной окраской при некоторой формальности и атрибутивности представлений (в методике «Кодирование» «мужчина — галстук, атрибут сильного мужчины в этом мире»). Полоролевые предпочтения испытуемой («Я-идеальное») по методике МиФ соотносятся с представлениями о мужской половой роли («Мужчина должен быть...»). Эти данные отражают четкость представлений о мужской половой роли и могут свидетельствовать о ее эмоциональной и смысловой интериоризации.

Представления о женской половой роли характеризуются выраженным преобладанием фемининных черт (фемининный тип по методике МиФ). По данным методики «Кодирование», представления о женской половой роли характеризуются эмоциональной амбивалентностью («женщина — осока, смотрится красиво и есть можно, однако в руки возьмешь — можно порезаться» в графе «травянистое растение»), отмечаются трудности понимания внутреннего мира женщин («женщина — скрипка, красивые звуки, но трудно научится на ней играть» в графе «музыкальный инструмент»). Эмоциональная конфликтность в отношении женской половой роли проявляется также при выполнении методики ЦТО, с помощью которой испытуемая устанавливает цветоассоциативные связи «женщина»—«тревога»—«боль»—«опасность»—«риск»—«счастье»—«угроза» (красный цвет). Женская половая роль не входит в систему полоролевых предпочтений испытуемого («Я-идеальное» в методике МиФ). Эти данные могут отражать четкость представлений о женской половой роли и ее недостаточную эмоциональную и смысловую интериоризацию.

Таким образом, представления о полоролевых стереотипах достаточно дифференцированы и соответствуют культуральным — «Мужчина» — маскулинный тип, «Женщина» — четко выраженный фемининный тип (по методике МиФ). При этом мужской полоролевой стереотип больше соотносится с полоролевой идентичностью и полоролевыми предпочтениями испытуемой по сравнению с женским полоролевым стереотипом.

Паттерны полоролевого поведения испытуемой недостаточно дифференцированы в ситуациях межполового общения и преимущественно характеризуются доминированием маскулинных качеств (методика МиФ).

Сексуальные предпочтения (образ идеального и реального сексуальных партнеров) характеризуются выраженностью как маскулинных, так и фемининных качеств (методика МиФ) и не соотносятся с образами «мужчины» и «женщины». В то же время по методике ФПО «женские» атрибуты («фигура», «поза», «одежда») определяются как наиболее сексуально привлекательные, что может отражать значимость именно формальных атрибутов пола для выбора сексуального партнера.

При выполнении модифицированного теста «Руки» выражены напряженность в социальных контактах, демонстрирование инструментально-агрессивных паттернов поведения (например, «подзатыльник дает в шутливой форме»).

При анализе мужской половой роли испытуемая С. подчеркивает ее социальные, профессиональные и сексуальные преимущества: «Если ты в штанах, то деловым человеком стать гораздо проще», «если я сделаю операцию, пропадет комплекс неполноценности в общении», «легче будет развивать профессии, которыми я владею — водитель, юрист, знание компьютера», «в сексуальном плане будет лучше, уверенность появится, вероятно, будут более сильные сексуальные ощущения, ... проще будет с проблемой снимать/не снимать пижаму перед сексуальным партнером». Испытуемая отмечает, что в мужской половой роли будет чувствовать себя «полноценным человеком и сможет добиться полной самореализации как личность». Кроме того, она отмечает, что мужская роль даст ей возможность лучше себя контролировать — «меньше буду слабостей в себе допускать».

Среди недостатков, сопутствующих мужской роли, С. выделяет возможные трудности объяснения со старшим поколением родственников (бабушки, дедушки), проблему смены документов и сопутствующих им изменений — «объяснения с людьми, от которых зависит изменение документов». Одним из недостатков отмечает вероятное изменение уровня общения с окружающими: «Если сейчас у меня

много друзей — как мужчин, так и женщин, которые в равной степени доверяют мне свои секреты, то после операции некоторые женщины, вероятно, запишут меня во вторую половину человечества, и качество общения может измениться, однако это меня не пугает». В сексуальном плане в связи с изменением пола никаких трудностей не предвидит.

При анализе женской половой роли С. отмечает незначительность социальных, профессиональных и сексуальных преимуществ, сопутствующих ей, заявляет, что с «женщинами неинтересно общаться — одна болтовня и вечные разговоры про то, сколько стоят колготки, и т.д.».

При проведении экспериментальной процедуры ФПО (табл. 7.4) выявляется четкая дифференцировка мужского и женского пола по признакам «поза», «фигура», «одежда», что отражает сформированность представлений о полоролевых стереотипах и соответствие их культуральным по всем указанным атрибутам. По всем трем признакам преобладает идентификация с мужской половой ролью, т.е. испытуемая С. высоко оценивает собственное сходство с персонажами, обладающими мужскими атрибутами по параметрам «поза», «одежда», «фигура». По всем трем признакам преобладает стремление к обладанию атрибутами мужской половой роли. Как наиболее сексуально привлекательные оцениваются персонажи с преобладанием женских черт по всем трем атрибутам. При этом фотокарточки с не дифференцированными по полу признаками оцениваются как более женственные (особенно по параметрам «фигура» и «одежда»), что может отражать некоторую категоричность и полярность представлений о половых ролях, их взаимоисключающий характер.

Таблица 7.4. **Показатели коэффициента корреляции по методике ФПО испытуемой С.**

Параметры теста ФПО	КМТ	КЖ	КЖТ	ИДЕНТ	СП	ИДЕАЛ
КМ	0,77	−0,96	−0,77	0,86	−0,52	0,66
КМТ		−0,82	−1	0,83	−0,6	0,71
КЖ			0,81	−0,87	0,46	−0,7
КЖТ				−0,83	0,6	−0,71
ИДЕНТ					−0,41	0,77
СП						−0,27

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о маскулинности полоролевой идентичности испытуемой, дифференцированности представлений о половых ролях, формальности и атрибутивности представлений о полоролевых стереотипах, эмоциональной и смысловой интериоризации мужской половой роли, отсутствии эмоциональной и смысловой интериоризации женской половой роли, соответствии атрибутов образа «женщины» сексуальным предпочтениям испытуемой. Мужская половая роль в представлении испытуемой С. является особо привлекательной для ее самореализации как в профессиональной сфере, так и в сфере общения и сексуальных отношениях.

Таким образом, используемая методика позволяет установить индивидуальные представления о полоролевых нормах субъектов, степень их усвоенности (анализ данных об оценках, приписанных субъектом), структуру полоролевой идентичности (анализ данных о степени идентификации субъекта с объектами, различающимися по полу), индивидуальные полоролевые предпочтения, особенности сексуальных предпочтений (анализ оценок сексуальной привлекательности).

7.3.4. Методика ВИД (возрастная идентификация)

Эта методика направлена на изучение возрастных аспектов самосознания в рамках ортогональной модели инфантилизма/зрелости [Рогачев М.Н., Радченко Н.А., 2000]. Изучение данной сферы самосознания у лиц с противоправным сексуальным поведением является актуальным, так как в отличие от многих других физиологических функций психосексуальные функции напрямую и косвенно детерминированы возрастом [Васильченко Г.С., 1990]. Поскольку полное соответствие возрастных периодов и этапов психосексуального развития характерно для гармоничного созревания сексуальности [Агарков С.Т., 1990], то вполне закономерным является предположение о том, что одной из причин нарушений регуляции сексуального поведения становятся дисфункции в сфере возрастной идентичности индивида.

Наряду с применением традиционных для направленного психологического исследования методик «Кодирование», ЦТО, рисуночных методик, а также методики «Каузометрия», наиболее адекватной для анализа структурных элементов возрастного самосознания представляется методика ВИД. Она позволяет определить индивидуальную степень выраженности черт инфантилизма и зрелости. Тест основывается на традиционной структуре «Я-концепции», имеющей 3 составляющие: первая из них отражает глубинное представление индивида о степени интериоризованности им норм соответствующего возрасту поведения «Я-реальное» (проявляется в степени выраженности личностных черт инфантилизма и зрелости), вторая — представление о желаемой структуре личности в аспекте характеристик зрелости и инфантилизма — «Я-идеальное»; третья — субъективное представление индивида о степени собственной зрелости в оценке других людей — «Я-рефлексивное».

Для исследований используются также дополнительные шкалы, модифицированные для анализа индивидуальных представлений о специфических возрастных нормах, регулирующих поведение мужчины и женщины, представления о соотношении качеств инфантилизма и зрелости в структуре соответствуюших образов с точки зрения субъекта, а также о «реальном» и «идеальном» объектах сексуального предпочтения. Все они рассматриваются в соотношении с базовыми конструктами возрастной идентичности. Исходя из специфики исследования, были введены дополнительные шкалы, отражающие стереотипы реального поведения и норм поведения ребенка и взрослого независимо от пола.

Стимульный материал включает 14 прилагательных, 7 из которых отражают качества зрелости, 7 — качества инфантилизма. Слова-стимулы были получены с помощью метода экспертных оценок. Испытуемому предлагается закончить каждым из прилагательных качество, характеризующее конкретный образ, и оценить получившееся высказывание по степени выраженности, что в дальнейшем оценивается по 4-балльной шкале. Параметрами анализа являются степень выраженности инфантилизма/зрелости в образах «Я-реального», «Я-идеального», реального и идеального сексуального партнера, взрослого, ребенка, мужчины, женщины, а также степень семантической близости указанных образов в пространстве инфантилизм/зрелость.

Таким образом, метод основан на предположении о одновременном присутствии в структуре личности любого человека психологических компонентов инфантилизма и зрелости. Степень выраженности каждого из

компонентов, проявляющаяся в доминировании того или иного набора личностных черт, является важным регуляторным механизмом поведения и сексуальной активности.

Исследования, проводимые с помощью методики ВИД, позволяют делать выводы о возможности выбора объекта сексуального предпочтения, адекватного возрастной идентичности испытуемого и его способности дифференцировать данный объект по возрасту. При предварительном обследовании лиц, совершивших сексуальные преступления, были выявлены случаи аномальной структуры возрастной идентичности. Так, некоторые лица, обвиняемые в сексуальных действиях в отношении малолетних, имели значительно выраженные черты инфантилизма на фоне снижения черт зрелости. Это сближает их по психологическим характеристикам с жертвами и может отчасти обусловливать выбор объекта сексуального влечения, который оценивается как в большей степени инфантильный. В некоторых других случаях сексуальный преступник, совершивший развратные действия в отношении малолетней жертвы, вообще не обладает способностью дифференцировать объект с точки зрения возрастных параметров, что может обусловливать особенности совершаемого им преступления (предпочтение незрелого по возрасту объекта). В ряде случаев значительное расхождение между степенью выраженности возрастных черт в образах «Я-идеальное» и «Я-реальное» может обусловливать гиперкомпенсаторную потребность доминирования в социальных отношениях, которые могут реализовываться в сексуальном подчинении, что проявляется при наличии сексуальной агрессии.

7.3.5. Методика «Каузометрия»

Эта методика [Кроник А.А., 1984] позволяет изучать особенности возрастной идентичности. Одним из основных показателей возрастной идентичности служит психологический возраст личности. Непосредственная диагностическая задача метода состоит в выявлении представлений личности о характере целевых и причинных связей между событиями ее жизни.

Каузометрический опрос проводят в индивидуальной форме и состоит из следующих этапов: формирование списков событий и их датировка, обозначение сфер принадлежности событий, определение эмоциональной окраски каждого события, причинный и целевой анализ межсобытийных отношений. Перед началом опроса осуществляют так называемую биографическую разминку: испытуемого просят нарисовать свое прошлое, настоящее и будущее в виде 3 кругов, варьирующих по размеру и взаиморасположению, с примерным указанием даты перехода от одного к другому. Данная процедура позволяет выявить представление испытуемого о временной протяженности каждого их указанных периодов, а также о степени их взаимовлияния. На первом этапе опроса испытуемому предлагают на 15 карточках написать 15 наиболее значимых, по его мнению, событий его жизни, непосредственным участником которых он являлся, с указанием приблизительной даты этих событий, поскольку речь может идти как о позитивно, так и о негативно окрашенных событиях; нет необходимости указывать, какое именно событие было (событие здесь понимается как минимальное изменение жизни). Испытуемый может указывать события настоящего, прошлого и предполагаемого будущего. Затем испытуемый должен обозначить, к какой из предложенных сфер — социальной, сексуальной сфере или к сфере здоровья — относится каждое из указанных им событий. Далее при помощи цветовой шкалы теста Люшера определяют эмоциональную окрас-

ку событий. На следующем этапе выявляют представления испытуемого о причинно-следственных зависимостях между событиями его жизни: для каждого из указанных в хронологическом порядке событий, начиная с последнего по времени, нужно указать — стало ли каждое из предыдущих событий его причиной. Такой анализ проводят для каждого из 15 событий. Аналогичным образом выявляют представления опрашиваемого о наличии между событиями его жизни связи типа «цель—средство» (начиная с первого события).

Результаты целевого и причинного анализа заносят в протокол, на основе которого составляют каузоматрицу — таблицу межсобытийных отношений, представляющую собой квадратную матрицу, над главной диагональю которой помещают условные обозначения событий, анализируемых с точки зрения наличия причинной связи между каждым из событий, в виде 1, если такая связь есть, и 0 — если такая связь отсутствует. Анализ каузоматрицы позволяет определить нагруженность каждого события жизни испытуемого обоими типами связи, а также рассчитать степень включенности каждого события в межсобытийную связь. Психологический возраст подсчитывают как отношение количества реализованных, т.е. обладающих обоими типами связей прошлого, к общему числу событий, включенных в межсобытийную сеть. Включенность событий в межсобытийную сеть также определяют нагруженностью события целевой и причинной связью, а степень включенности — исходя из количества этих связей.

Результаты каузометрического исследования дают возможность, например, наблюдать концентрацию событий на отдельных жизненных участках испытуемого и их отсутствие на других, что позволяет, исходя из степени включенности событий данного возрастного этапа в межсобытийную сеть, делать выводы о влиянии этих событий на последующую жизнь испытуемого и фиксации идентичности на определенном возрасте. Эмоциональная окраска и сфера принадлежности событий определяют характер идентичности.

7.3.6. Методика ЦТО (цветовой тест отношений)

Основой данной методики является цветоассоциативный эксперимент, идею и процедуры которой разработали А.М. Эткинд (1988) и В.В. Столин (1987). Методика успешно применялась при изучении лиц с особенностями психосексуальных ориентаций [Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г., Симоненкова М.Б., 1991].

Цветовой тест отношений — это невербальный компактный диагностический метод, отражающий как сознательный, так и частично неосознаваемый уровни отношений человека. Он базируется на предположении о том, что существенные характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим и к самому себе отражаются на цветовых ассоциациях к ним. В качестве стимульного материала выступает набор цветов из восьмицветового теста М. Люшера. А.М. Эткинд отмечает (1988), что цвет как модальность, связанная с эмоциями на глубинном уровне, может быть использован для выявления эмоциональных отношений.

Использование невербальных процедур позволяет цветовому тесту выявить не только осознаваемый, но и бессознательный уровень системы отношений, что может дать ценную информацию о внутренних конфликтах субъекта, характерных для него способах защиты [Столин В.В., 1987]. По мнению Е.Г. Дозорцевой и И.А. Кудрявцева (1994), существуют специфические характеристики смысловой сферы, отражающие направленность

сексуального влечения, специфику смыслового восприятия пола и половой аутоидентификации. Для исследования смыслового аспекта психосексуальности (личностные смыслы, мотивы, установки, отношения, связанные с направленностью сексуального влечения и регулирующие полоролевое поведение) особенно эффективна не столько качественная интерпретация результатов теста, сколько рассмотрение взаимосвязи стимулов друг с другом, проявляющейся в пересечении ассоциаций. Пересечение ассоциаций, при которых разные стимулы соотносятся с одним и тем же цветом, позволяет делать предположение о сходном с ним эмоциональном отношении и смысловой идентификации [Эткинд А.М., 1988]. При этом характер цвета как носитель отношений существенного значения при анализе не имеет. Е.Г. Дозорцева и И.А. Кудрявцев (1994) предложили способ обобщения индивидуальных результатов по группам, образованных на основании определенных признаков, что позволяет выделить характерные для групп неслучайные смысловые связи между понятиями и проводить сравнения между группами именно по характеру и структуре этих связей. В работе И.А. Кудрявцева, Е.Г. Дозорцевой, М.Б. Симоненковой (1991) также использовался качественный анализ, отражающий отношение испытуемого к соответствующему человеку или понятию. На основании этого был сделан вывод о свойственной для гомосексуалистов идентификации с родителем противоположного пола.

Испытуемому предлагается специальный перечень понятий по темам, чтобы проследить особенности идентификации субъекта со значимыми другими («мать», «отец», «друг» и т.д.) и специфику его психосексуальной ориентации, полового самосознания («идеальный сексуальный партнер», «реальный сексуальный партнер», «мужчина», «женщина», «ребенок», «мальчик», «девочка» и т.д.). Методика позволяет констатировать четкость половозрастной идентификации, особенности интериоризации полоролевых стереотипов, смысловой аспект сферы психосексуальных ориентаций, специфику эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения.

7.3.7. Метод ВиК (власть и контроль)

Эта методика предложена J.W. Maddock (1995) для изучения структуры партнерских взаимоотношений. В основе опросника ВиК лежат специфические определения «власти» как возможности оказывать влияние и «контроля» как возможности ограничивать или направлять это влияние. Методика базируется на предположении о взаимодействии власти и контроля в структуре межличностных отношений. Пункты ВиК позволяют исследовать реципрокные взаимоотношения власти и контроля партнеров и рассматривать отношения как целостный феномен, единую систему. На российской выборке апробация опросника проведена М.В. Колчиной (1996).

ВиК предназначена для обследования людей, состоящих в тесных отношениях, поскольку ее пункты апеллируют к межличностным контактам с партнером. Опросник может быть использован и в гетеросексуальных, и в гомосексуальных парах, но в данном случае возможен анализ сбалансированности отношений между гетеросексуальными партнерами. Существуют варианты опросника для мужчин и для женщин.

В тесте заложено следующее допущение: поддержание баланса власти и контроля между партнерами может обеспечиваться здоровыми (гармоничными) межличностными взаимоотношениями. Это соотношение регулируется балансом между возможностью влияния на другого («власть») и огра-

ничением влияния другого («контроль»). Данная методика позволяет определить соотношение силы/управления (власти/контроля) как в сексуальной паре, так и у индивидуума. «Совместные шифры» обеспечивают проведение единой обработки партнерских протоколов, выделяя интегративные параметры, оценивающие пару как некоторую целостную систему. Возможны оценка точности восприятия партнерами друг друга, оценка общего дисбаланса силы управления в отношениях, а также оценка совместного восприятия каждой парой силы и управления.

Опросник состоит из 100 пунктов-утверждений, отражающих различные аспекты партнерских отношений («Она требует, чтобы я подчинялся ее желаниям», «Она строит свою жизнь, учитывая мои интересы и планы», «В наших отношениях последнее слово за мной»). Испытуемому предлагается оценить каждое из утверждений по 5-балльной шкале, заполнить самостоятельно, в течение 20—30 мин (взрослый человек заполняет со средней скоростью чтения 60 знаков в минуту).

Опросник содержит: 1) межличностные шифры — а) восприятие каждым субъектом личной силы и силы партнера и самоконтроля и управления другим; б) восприятие каждым субъектом собственной силы и управления в отношении другого; в) баланс силы и управления каждого субъекта; 2) совместные оценки: а) совместную оценку — совместное восприятие каждой парой силы и управления; б) общее восприятие дисбаланса силы/управления в отношениях; в) точность восприятия, т.е. меру парного (взаимного) несоответствия в восприятии.

Согласно J.W. Maddock, в благополучных и эффективных человеческих отношениях существует баланс отношений сила/управления, в рамках которого формируется опыт взаимоотношений с паритетным участием в решении проблем каждой из сторон. На основе опыта совместного принятия решения каждый может сохранить «самость» (индивидуальность) и в то же время чувствовать себя включенным в целостную систему отношений. Установление такого пути взаимоотношений, когда сбалансирован конструкт силы/управления, позволяет обоим участникам быть одновременно сотрудниками и индивидуумами в этом контакте. Однако существует множество семейных ситуаций, провоцирующих развитие насилия и сексуальных злоупотреблений. Согласно модели автора, при чрезмерном контроле во взаимоотношениях уменьшена возможность для самовыражения и самоактуализации. При доминировании в отношениях «силы» велика вероятность возникновения ситуации конкурентности и конфликта. По-видимому, здесь немаловажную роль играет дисбаланс структуры сила/управление, проявляющийся в двух основных бинарных структурах семьи: мужско-женской и детско-родительской. Наиболее перспективным представляется использование методики при анализе случаев семейного насилия (инцест и др.) путем выявления инверсии ролей партнеров в отношениях, оценки патогенной роли семьи в генезе феномена инцестуозного поведения и др. Опыт применения этой методики у лиц с противоправным сексуальным поведением представлен в работе А.А. Ткаченко, Ю.А. Ковальчук, Н.В. Дворянчикова (2000).

7.3.8. Тест «Руки» (модифицированный вариант)

Тест «Руки» — известная проективная методика исследования личности, предназначенная для диагностики агрессивности, прогноза агрессивного поведения.

Как и большинство проективных методов, тест «Руки» относится к классу тестов, характеризующихся тем, что цель тестирования скрыта от испытуемого, тем самым снижается возможность фальсификации результатов. Среди имеющихся разновидностей проективных методов исследования тест «Руки» занимает промежуточное положение по степени неопределенности материала между методиками структурирования (тест Роршаха и др.) и методиками интерпретации (ТАТ, тест фрустрации Розенцвейга, тест Сонди).

Идея создания теста принадлежит E. Wagner (1962, 1971), система подсчета очков и коэффициенты разработаны З. Пиотровским и Б. Бриклиным. В настоящее время существуют материалы исследований по изучению валидности и надежности рассматриваемого теста. Среди наиболее известных отечественных работ, посвященных изучению диагностического потенциала и адаптации теста «Руки», следует назвать работы Н.А. Ратиновой (1989) и Т.Н. Курбатовой (1996—1997).

Э. Вагнер (1962) предложил термин «проявление», определяемый им как поведение субъекта, обращающее на себя внимание со стороны полиции, суда, школьной администрации, психиатров клиник и т.п., т.е. явное агрессивное поведение. Также был предложен термин «количество очков проявления», предназначенный для того, чтобы предсказывать тенденцию к действиям агрессивного характера. По мнению Э. Вагнера, концепция «проявления» включает такие действия, как провоцирующие легальные действия против других лиц, вызванные маниакальными параноидными тенденциями; обман и ограбление других лиц; бросание предметов в целях нанесения удара (муж или жена во время супружеских ссор); драки школьников со своими сверстниками и учителями; порча постельных принадлежностей и мебели пациентами психиатрических клиник и т.д.

Подсчет очков по «проявлениям» основан на том принципе, что вероятность явного агрессивного поведения возрастает в тех случаях, когда доминантные и агрессивные аттитюды (установки) перевешивают аттитюды, обозначающие социальное сотрудничество. Подсчет производится в виде арифметической разницы между суммой тенденций к агрессивным и доминантным действиям, с одной стороны, и суммой кооперативных и неагрессивных аттитюдов — с другой.

Различные категории ответов, используемые в данном тесте, обозначаются следующим образом: агрессивность (AGR); директивность (DIR); зависимость (DEP); коммуникация (COM); страх (F); аффектация (AFF); демонстративность (EXB); калечность (CRIP); активная безличность (ACT); пассивная безличность (PAS); описание (DSCR).

Формула подсчета очков «проявления»: (AGR + DIR) — (COM + DEP + AFF + F), где ответы по категориям агрессивности и директивности — это те, которые повышают вероятность «проявления» субъекта. Они означают нежелание со стороны субъекта прийти к соглашению с другими. Ответы же по категориям коммуникации, зависимости, аффектации и страха существенно уменьшают вероятность явного агрессивного поведения.

Тенденция к действию в категориях AGR и DIR позволяет рассматривать людей так, как будто бы они являются объектами: осуществление тенденции не предполагает, что такие понятия, как чувства, намерения, права и привилегии других людей, существенны. С другой стороны, тенденции к действиям в категориях COM, DEP, F, AFF отражают чувство социальной кооперации: это означает, что рука также нуждается в других людях, как другие люди нуждаются в ней.

Основу данной модификации теста «Руки» составляет разработанная А.В. Герасимовым (1996) оригинальная система категориального описания

имеющейся вербальной продукции на предъявляемые стимулы, где особое внимание отводится разграничению и фиксации специфических различий в ответах испытуемого, что ранее определялось одной категорией. Для каждой из 11 классических шкал теста (AGR, DIR и др.) были выделены 5 основных уровней (подкатегорий), фиксирующих особенности ассоциативных образов и переживаний и различающихся по способу, форме и направленности приписываемых руке действий: 1) взаимодействие субъект—субъект; 2) взаимодействие субъект—объект; 3) действие, направленное на себя; 4) взаимодействие или действие незавершенное, конфликтное, символическое; 5) отсутствие действия, описательная характеристика.

В качестве примера ниже приводятся 5 уровней, относящихся к категории «Агрессивность» (AGR):

1-й уровень (agr1) — отличительной характеристикой этого уровня является то, что агрессивное действие направлено на человека и в описании действия указана его завершенность, т.е. нет акцентирования какой-либо преграды или внутренних причин, мешающих осуществлению агрессии (например, *«бьет», «ударяет»* и т.д.);

2-й уровень (agr2) — агрессивное действие направлено на неживой предмет, какая-либо деструкция по отношению к предметам (например, *«удар по столу», «разрывание чего-либо», «разрушение», «проникновение»* и т.д.);

3-й уровень (agr3) — агрессивное действие, направленное на себя. Сюда относятся действия, когда рука совершает какую-либо деструкцию по отношению к собственному телу, а также те, где сама рука является объектом агрессии (например, *«расцарапывающая что-либо на теле», «колющие, режущие действия по отношению к собственному телу», «порезался и руку так держит»*). Сюда также относятся специфические образы, связанные с каким-либо хирургическим «вмешательством» (например, *«шприцем берут кровь из вены», «режущие действия, наносимые скальпелем»* и т.д.);

4-й уровень (agr4) — специфической характеристикой этого уровня является незавершенность указанного агрессивного действия, какое-либо затруднение в прямом осуществлении агрессии или образы-переживания, выражающие агрессивный жест, символику (например, *«хочет ударить», «готовится к драке», «к обороне», «угроза», «позиция из боевых искусств»* и т.д.). При возможности более полного раскрытия описываемой ситуации следует также обратить внимание на то, что именно акцентируется испытуемым. Важным моментом здесь будет не только описание агрессивного действия, а раскрытие особого эмоционального состояния, которое переживалось в указанной испытуемым ситуации агрессивного содержания (например, *«Рука — как у кошки, когда она угрожает, шипит, отпугивает. Также и человек, готов к удару, то ли ударит, то ли убежит»* и т.п.). Такие ответы свидетельствуют о фиксации на аффективно значимых внутренних переживаниях в ситуации агрессивного характера и относятся к подкатегории agr4, в отличие от ответов без такой эмоциональной значимости (например, *«В морду бьет... (почему?), — ну бьет... надо, значит, заслужил. Мужики дерутся — обычное дело... выпили, поссорились»* и т.д., что относится к подкатегории agr1);

5-й уровень (agr5) — цель и действия четко не акцентируются. Испытуемый не может представить ситуацию, в которой имеется какое-либо агрессивное конфликтное взаимодействие, а также отсутствует описание какого-либо эмоционального состояния, переживания, связанного с ситуацией агрессивного содержания. Возможны характеристики руки как *«злобной», «свирепой»* и т.д., а также какие-либо комбинации с «напря-

женной рукой», но имеющие агрессивный характер. Например, «*злоба*», «*раздражение* (агрессивное)», «*волнение* (агрессивное)», «*нервность* (агрессивное)» и т.д.

Таким образом, в плане изучения агрессивности модифицированный вариант теста «Руки» позволяет выявлять и исследовать не только наличие просоциальных или асоциальных тенденций, но и проводить качественный анализ агрессивных установок личности, например таких, как физическая (инструментальная) агрессия, предметно направленная, враждебная (экспрессивная) агрессия, аутоагрессивные тенденции.

Испытуемому предлагается ответить на вопросы: «Что, по вашему мнению, эта рука делает?», «что может означать этот жест?». Если испытуемый затрудняется с ответом, ему предлагают следующий вопрос: «Как вы думаете, что делает человек, которому принадлежит эта рука? Назовите все варианты, которые вы можете представить». С целью достижения действительного понимания испытуемым поставленной перед ним задачи инструкции в той или иной степени могут варьироваться. После того как испытуемым воспроизводится тот или иной ответ, для получения более полной и глубокой информации, а также для избежания какой-либо двусмысленности, неясности ему предлагается представить и описать *ситуацию*, в которой происходит то или иное действие руки, т.е. некоторое «раскрытие» образа, данного испытуемым для выяснения и уточнения указанных выше задач. Затем подсчитывается общее число ответов, данных испытуемым, осуществляется формализация каждого ответа к тому или иному категориальному уровню (подкатегории), вычисляется общее число ответов как по имеющимся уровням (например, agr1 + agr1), так и по общему числу ответов всей категории в целом (например, agr1 + agr2 + agr3 + agr4 + agr5).

Как показывает опыт работы по данной методике, для содержательного индивидуального или межгруппового сравнения адекватней использовать не общее число ответов (абсолютные баллы), а их процентное значение по отношению ко всем имеющимся ответам испытуемого. Процентное значение, по мнению Э. Вагнера, указывает на важность тех или иных категориальных тенденций к действию в психической жизни индивида. Ориентированность исследователя именно на этот показатель, по нашему мнению, дает бóльшую ясность как в отношении качественного анализа, так и в отношении проведения каких-либо сравнений и сопоставлений. Так, учитывая, что общее число ответов у разных испытуемых может колебаться от 8—9 до 100 и более, неправомерным будет соотнесение, например, 3 агрессивных ответов (абсолютных баллов) из 10 имеющихся у одного испытуемого с 3 агрессивными ответами из 60 — у другого. Определение процентного значения, доли агрессивных ответов показывает, что в первом случае «удельный вес» агрессивных тенденций составляет 30 %, а во втором — всего 5 %.

На общее число ответов оказывают влияние многие факторы, например следствие негативного либо позитивного отношения испытуемого к исследованию, его актуальное эмоциональное и психическое состояние. Существенное влияние могут оказать и такие внешние факторы, как время суток, пол экспериментатора, то или иное место предъявления методики в используемой серии тестов и т.д., не говоря уже о личностном влиянии самого исследователя, которое может отразиться и на качестве ассоциируемых образов.

Эффективность использования данного метода при решении экспертных задач, стоящих перед судебной сексологией, обусловлено в первую очередь возможностью дифференциации такого аспекта сексуальной агрессивности, как экспрессивность (фиксация на эмоциональных пережива-

ях), в отличие от инструментального характера агрессивных установок (как средство подавления, решения конфликта).

Результаты исследования позволяют выявлять специфические особенности аффективно-мотивационной сферы, характерные для лиц с расстройством сексуального влечения в виде садизма, заключающиеся в выраженной аффективной фиксированности на значимых конфликтных переживаниях. Специфика данных переживаний отражает содержательный компонент идеаторной активности, который служит одним из основных экспертных клинических критериев диагностики парафилий, в том числе и сексуального садизма. Экспериментально-психологический паттерн диагностики таких лиц проявляется в актуализации ситуаций агрессивного содержания, имеющего незавершенный, символический характер. Отличительная черта актуализируемых ситуаций — эмоциональная амбивалентная насыщенность, включающая слитность эмоций агрессии и страха, наличие состояния агрессивной готовности и ожидания какой-либо внешней угрозы, а также выраженная потребность доминирования и подавления в межпартнерском взаимодействии.

Анализ данных, получаемых с помошью специально разработанной в тесте «Руки» формулы «С/Ж» (садизм/жестокость), акцентирующей категориальную и интегративную специфику (в основном агрессивных и директивных тенденций личности), позволяет выявлять статистически значимые отличия лиц с расстройством сексуального влечения в виде садизма как от группы нормы и групп неагрессивных испытуемых с парафилией [Герасимов А.В., Ткаченко А.А., 1998], так и от лиц, совершивших сексуально-агрессивные правонарушения, но не имеюших расстройств сексуального влечения.

Применение модифицированного теста «Руки» результативно также при дифференциальной диагностике расстройств сексуального влечения (парафилий), что позволяет определить специфический параметр психологической зависимости в субъект-субъектных взаимоотношениях, характерной для этой группы.

7.3.9. Модифицированная методика опознания лицевой экспрессии Изарда

Применение данной методики [Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1998] возможно при изучении эмоциональной сферы у лиц с противоправным сексуальным поведением в связи с предположением о изолированном или сочетанном нарушении компонентов эмоциональной активности у таких лиц, что проявляется феноменологически при клинико-психопатологическом исследовании в виде нарушения мимического и интонационного распознавания эмоций объекта сексуального влечения; деперсонификации, в частности в «отсутствии лиц» у объектов влечения; высокого «удельного веса» витальных эмоций, эмоций-микстов; амбивалентного эмоционального восприятия объекта; недифференцированности субъективных переживаний, их смешанного характера; расхождения вербального и невербального поведения лиц с парафилией.

Модификация этой экспериментальной процедуры, проведенная сотрудником Лаборатории судебной сексологии А.А. Ильенко, позволяет устанавливать нарушения эмоционального гнозиса (импрессивный компонент) и эмоционального мышления (субъективный компонент), проявляющиеся в искаженном восприятии и субъективной эмоциональной переработке эмоций по следующим параметрам: знак, модальность, интенсив-

ность эмоций, количество выделенных при классификации эмоциогенных изображений.

Методика состоит из 4 субтестов: «Ранжирование», «Классификация», «Четвертый лишний» и «Узнавание».

Субтест «Р а н ж и р о в а н и е» включает 3 серии. В первых двух сериях испытуемого просят разложить изображения эмоций от самого резко выраженного к самому слабовыраженному (разница лишь в том, что в первой серии материалом служат положительные эмоции, а во второй — отрицательные). Здесь отмечаются ошибки по интенсивности. В третьей серии предъявляются вместе фотокарточки двух предыдущих серий и испытуемого просят разложить их от самого положительного изображения до самого отрицательного, отмечая ошибки по знаку, а если их нет, то по интенсивности (сначала в онтогенезе закладывается дифференциация эмоций по знаку, а потом — по интенсивности).

В субтесте «К л а с с и ф и к а ц и я» испытуемому предлагают разложить фотокарточки по группам так, чтобы в каждой группе были изображения только одной эмоции, потом просят назвать эту эмоцию. Протоколируется число выделенных групп, число ошибок по знаку (например, изображение гнева было отнесено к эмоции «радость») и число ошибок по модальности (например, изображение скорби было отнесено к группе «страх»).

В субтесте «Ч е т в е р т ы й л и ш н и й» испытуемый должен исключить лишнюю фотографию так, чтобы три оставшиеся можно было обозначить одной эмоцией; здесь отмечается число ошибок по знаку и модальности.

В субтесте «У з н а в а н и е» необходимо к трем контрольным изображениям последовательно подобрать по одному из 9 стимульных изображений, так чтобы контрольное и стимульное изображения были сходны по переживаемой эмоции; отмечаются ошибки по знаку, модальности и интенсивности.

Ошибки в субтестах «Ранжирование» и «Узнавание» являются индикаторами нарушения импрессивного компонента эмоциональной активности, а ошибки в субтестах «Классификация» и «Четвертый лишний» свидетельствуют о нарушении субъективного компонента эмоциональной активности. Предполагается, что в «Ранжировании» и «Узнавании» задействуются процессы восприятия и первичной оценки без вовлечения социального контекста, который задействует атрибутивные процессы. В «Классификации» и «Четвертом лишнем», которые являются критерием оценки субъективного компонента, кроме выделения маркеров эмоциогенных стимулов, широко задействуются атрибутивные процессы, сопровождающиеся приписыванием значимых социальных черт, что может в корне менять восприятие первоначально нейтральной эмоции.

7.3.10. Методика диагностики уровня эмпатических способностей Бойко

Эта методика [Ересько Д.Б., 1993; Райгородский Д.Я., 1998] дает возможность операционализации многофакторной модели эмпатии в виде индивидуального профиля эмпатических способностей. Ценность ее также в том, что охватывается все многообразие эмпатических проявлений — когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты эмпатии. В психологическом исследовании эта методика позволяет выявлять нарушения составляющих эмпатию компонентов (определяемых по 6 шкалам) и высказывать предположения о влиянии уровня развития тех или иных эмпатических тенденций на противоправное сексуальное поведение.

При использовании этой методики появляется возможность различать следующие каналы эмпатии: рациональный, эмоциональный, интуитивный; установки, способствующие эмпатии; проникающая способность эмпатии и идентификация в эмпатии. *Рациональный канал* — это направленность внимания, восприятия, мышления на сущность партнера, его состояние, проблемы, поведение. *Эмоциональный канал* — это бессознательная направленность на эмоциональный контакт, постоянная настройка на восприятие. *Интуитивный канал* характеризует меру опоры на бессознательный опыт, действие по стереотипу, шаблону, выработанному в прошлом. *Установки в эмпатии* отражают стремление/избегание субъектом эмоциональных контактов и проявлений и характеризуют интерес к внутреннему миру другого человека. *Проникающая способность эмпатии* свидетельствует о способности вступления в контакт и эффективности коммуникативных усилий. *Идентификация в эмпатии* определяет способность субъекта к идентификации с партнером по взаимодействию.

7.3.11. Торонтская алекситимическая шкала Тейлора (TAS-26)

Эта шкала [Ересько Д.Б., 1993, Райгородский Я.Д., 1998] выявляет трудности в идентификации и вербализации собственных чувств и эмоциональных состояний, т.е. уровень алекситимии. G.J. Taylor и соавт. (1985) предположили, что алекситимия отражает дефицит когнитивного аспекта эмоций. В некоторых популяционных исследованиях отмечено различие в распределении алекситимии по полу: мужчины по сравнению с женщинами демонстрируют более высокие показатели по алекситимии. Алекситимия и особенности алекситимии были также связаны с возрастом, низким социальным статусом и одиночеством [Kauhanen J. et al., 1993].

Таким образом, алекситимия является психологической характеристикой, в основе которой могут лежать следующие когнитивно-аффективные особенности: 1) трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; 4) фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Применение шкалы при исследовании лиц с криминальным сексуальным поведением обоснованно, так как у таких испытуемых клинически выявляются затруднения в самоописании своих переживаний, назывании эмоций, дифференциации эмоциональных состояний, что, предположительно, обусловлено изначальной дефицитарностью когнитивного компонента эмоциональной активности или его нарушением в состоянии измененного сознания при реализации девиантной активности.

7.3.12. Ранговая репертуарная методика изучения личности (метод репертуарных решеток)

Термин «репертуарные решетки» предложен автором теории конструктов (являющейся теоретической и методологической базой всего направления) Дж. Келли. Репертуарная решетка представляет собой матрицу, которая заполняется самим испытуемым или экспериментатором в процессе обследования или беседы.

Столбцам матрицы соответствует определенная группа объектов (называемых в данной традиции *элементами*). В качестве объектов могут выступать люди, предметы, понятия, отношения, звуки, цвета и т.д. — все то, что может интересовать психодиагноста.

Строки матрицы представляют собой *конструкты* — биполярные признаки, параметры, шкалы. Конструкты задаются исследователем или выявляются у испытуемого с помощью специальных приемов и процедур. В процессе заполнения решетки испытуемый должен оценить каждый объект по каждому конструкту или каким-то другим образом поставить элементы в соответствии с конструктами.

Нами применяется одна из разновидностей репертуарных решеток — ранговая решетка. Этот метод предложила Ф. Салмон, а впервые описал Д. Баннистер (1987). Метод позволяет снять проблему несимметричности конструкта, и многие исследователи (особенно в европейских странах) считают его одним из лучших. Наиболее привлекательной его особенностью, по мнению авторов, является разнообразие возможных процедур статистической обработки, не все из которых требуют применения ЭВМ.

Условия и некоторые особенности проведения экспериментального психологического исследования лиц, осужденных за различные сексуальные правонарушения (ситуация экспертизы, нередко принудительный и навязанный характер такого рода исследований, наличие у испытуемого определенного установочного отношения к процедуре исследования и т.п.), не всегда позволяют в полной мере воспользоваться одним из значительных преимуществ, заложенных в данной методике. Выдвигаемая Келли идея заключается в том, что тот или иной анализ личности будет намного эффективнее и объективнее, если при этом не будут использованы стандартные параметры, которые задаются экспериментатором. Выявление тех или иных параметров, по мнению автора, должно базироваться на их индивидуальной личностной значимости для самого испытуемого.

Для решения задач психологического исследования лиц с противоправным сексуальным поведением этот метод был модифицирован А.В. Герасимовым (1998). Элементами в данном случае выступают описания некоторых специфических ситуаций, которые отражают эмоционально-значимые аспекты, имеющие существенное значение в плане восприятия и понимания ситуаций межпартнерского сексуального взаимодействия.

В настоящее время используется 14 ситуаций-элементов:

Э1 Ситуация, где «Я» нахожусь с человеком, к которому глубоко и эмоционально привязан;
Э2 Ситуация, в которой «Мне» тревожно или неловко;
Э3 Ситуация, где «Я» чувствую, что поступил плохо;
Э4 Ситуация, где «Я» могу осуществить все свои желания;
Э5 Ситуация, где «Мне» кто-то или что-то серьезно угрожает;
Э6 Ситуация, где «Я» испытываю чувство радости;
Э7 Ситуация, в которой «Я» испытываю сексуальное возбуждение;
Э8 Ситуация, в которой «Я» испытываю отвращение или неприятие;
Э9 Ситуация, где «Меня» недооценивают как мужчину;
Э10 Ситуация, в которой «Я» чувствую уверенность в себе;
Э11 Ситуация, где «Я» боюсь кого-то, испытываю страх;
Э12 Ситуация, в которой ко «Мне» испытывают сексуальное влечение;
Э13 Ситуация, связанная с «Моим» детским возрастом, которая часто вспоминается;
Э14 Ситуация, в которой «Я» действую агрессивно.

Каждый элемент написан на отдельной карточке. Порядковый номер каждой карточки (от 1 до 14) наносится на обратную сторону для того, чтобы испытуемый ранжировал карточки, размышляя над элементами, а не запоминал их порядок.

В качестве конструктов были выбраны категории, которые отражают специфику взаимодействия и предпочтения потенциального или реального сексуального партнера, характеризующегося различными половозрастными особенностями, а также эмоционально близких испытуемому людей.

Предъявляемые 10 конструктов включают в себя следуюшие ситуации-элементы:
K1 Когла вы один;
K2 Вы с женшиной;
K3 Вы с мужчиной;
K4 Вы с ребенком;
K5 Вы с девочкой;
K6 Вы с мальчиком;
K7 Вы с отцом;
K8 Вы с матерью;
K9 Вы с незнакомым человеком;
K10 Вы с сексуальным партнером.
Каждый конструкт также записан на карточке и снабжен номером, в данном случае от 1 до 10.

Основная задача испытуемого — проранжировать элементы, начиная с тех, которые больше всего соответствуют экспериментально заданному конструкту, и заканчивая теми, которые больше всего не соответствуют этому конструкту.

Ранговая решетка составляется следующим образом. Все 14 карточек с элементами выкладываются на столе перед испытуемым. Ему также предъявляется карточка с конструктом K1. Испытуемого просят назвать или указать элемент, лучше всего описываемый этим конструктом. В данном случае его спрашивают, какой из элементов лучше всего описывает такое заданное взаимодействие, как «Вы находитесь один». Допустим, испытуемый указал на 10-й элемент (*«Я чувствую уверенность в себе»*), тогда карточка с этим элементом убирается со стола. Далее его просят снова найти среди оставшихся 9 карточек такой элемент, который бы соответствовал конструкту K1. Процедура повторяется до тех пор, пока на столе останется только 1 карточка.

Когда все 14 карточек проранжированы по этому конструкту (K1), экспериментатор вновь выкладывает их на стол, обязательно перемешав их. В итоге после ранжирования 14 элементов по 10 конструктам мы получаем следующую решетку.

Конструкты

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-й	10	12	2	1	1	13	—*	1	2	10
2-й	6	7	14	13	13	2	—	13	1	1
3-й	4	1	5	10	6	10	—	6	9	12
4-й	3	6	9	6	10	1	—	2	6	4
5-й	1	9	8	3	2	6	—	3	10	7
6-й	13	10	10	5	3	3	—	10	8	6
7-й	14	4	6	2	4	4	—	4	3	2
8-й	7	8	3	8	8	8	—	9	7	3
9-й	2	2	4	4	5	11	—	5	14	8
10-й	11	14	11	12	11	14	—	8	4	5
11-й	8	11	7	11	14	9	—	14	5	14

Продолжение

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12-й	5	3	12	14	9	5	—	11	11	11
13-й	9	5	1	9	12	12	—	12	12	9
14-й	12	13	13	7	7	7	—	7	13	13

*В данном примере испытуемый отказался ранжировать предлагаемые элементы по конструкту *«Вы находитесь рядом с отцом»*.

В результате исследования получается матрица ранжировок элементов, которые можно преобразовать в номера рангов каждого элемента по каждому конструкту, что позволяет провести статистический анализ между ранжировками. Ранговую репертуарную решетку можно анализировать разными способами — с помощью ЭВМ и без нее. При обработке данных нами используются пакеты статистической обработки компьютерной программы Excel 5.0 для Windows. Существующие методы обработки «вручную» требуют значительно большей затраты времени и сил.

Проведение статистического анализа представляет собой подсчет коэффициентов ранговой корреляции для каждой пары ранжировок. Анализируются те или иные степени взаимосвязи (коэффициенты корреляций) как между выделенными конструктами, так и между элементами.

Результаты исследования позволяют выявлять специфические особенности предпочтения потенциального или реального сексуального партнера, наличие определенных установок, тех или иных особенностей, отражающих взаимосвязь личностных и ситуационных факторов в сфере межпартнерского сексуального взаимодействия.

Анализ психологического смысла получаемых корреляций рекомендуется рассматривать в контексте всех имеющихся данных как экспериментально-психологического, так и сексолого-психиатрического исследований.

7.3.13. Методика исследования уровня притязаний (проба Шварцландера)

В литературе, затрагивающей проблемы психологических особенностей лиц с противоправным сексуальным поведением, отмечается, что одной из существенных характеристик этих лиц служит конфликтная полоролевая идентичность. Высказывалось также предположение о том, что этот конфликт может находить отражение в ситуациях, когда требуется участие определенных полоролевых стереотипов, и в зависимости от степени его выраженности влиять на особенности деятельности в этой ситуации [Бессонова Т.Л., 1994].

Метод Шварцландера описан в отечественной литературе Л.В. Бороздиной (1985) как наиболее компактный, наименее трудоемкий, направленный на исследование уровня притязаний и позволяющий оценивать основные характеристики процесса целеполагания. Методическая процедура заключается в следующем: испытуемым предлагается бланк, в который необходимо занести как можно больше крестиков в течение 10 с, при этом испытуемому предлагается оценить возможное число значков, которые он мог бы поставить. После выполнения заданий испытуемому предоставляется возможность оценить его результаты. Испытуемому предлагается выполнить 4 серии этого задания. При этом на 3 и 4 серии время выполнения задания сокращается экспериментатором — для провоцирования неуспеха.

На основе пробы Шварцландера было предпринято создание специальной экспериментальной ситуации, в которой можно было бы проследить особенности функционирования саморегуляции и целеполагания при введении дополнительных мотивов, позволяющих испытуемому соответствовать мужской половой роли [Дворянчиков Н.В., 1997].

В ходе выполнения методики после контрольной серии испытуемому была предложена серия заданий с дополнительной провоцирующей инструкцией, задающей определенные «мужские» нормативы выполнения задания. В частности, испытуемому сообщали, что это задание мужчины обычно выполняют иначе, чем женщины, — для них якобы характерно выполнять задание более «точно, т.е. с минимальным расхождением между желаемым и достигаемым».

В результате такой процедуры анализировались:

- изменения целевого отклонения (интегративного параметра, характеризующего соотношение уровня притязаний и уровня достижений);
- изменения реакций на показатели успеха-неуспеха в экспериментальной ситуации;
- стремление соответствовать «мужским» нормативам при выполнении задания.

Экспериментальное исследование уровня притязаний свидетельствует о стремлении лиц с аномалиями влечения к соответствию формальным «мужским» полоролевым стереотипам, т.е. задаваемым в скрытой инструкции (во второй части эксперимента дополнительная, «провоцирующая» инструкция становится для них более значимой и практически замещает инструкцию к основной экспериментальной серии). Это отражается на значительном снижении целевого отклонения (ЦО) по сравнению с контрольной серией. Кроме того, в группе парафиликов выявляется изменение влияния показателей успеха—неуспеха на процесс целеполагания после провоцирующей инструкции, обусловливая его стереотипизацию и повышение ригидности.

Этот факт может отражать конфликтность полоролевой идентичности лиц с аномалиями влечения и особенности изменения функции целеполагания в экспериментальной ситуации с провоцирующей инструкцией. Основной смысл эксперимента — выполнить задание как можно более эффективно — замещался в дополнительной серии стремлением к соответствию, задаваемым экспериментатором, изначально нейтральным «полоролевым» мужским нормативам. Это нашло отражение в снижении уровня притязаний во второй экспериментальной серии, а также на ограничении регулятивной роли показателей успеха-неуспеха по сравнению с контрольной группой.

Следует отметить, что на уровне тенденции выявились следующие особенности выполнения заданий испытуемыми с различными формами расстройств влечения. Так, для лиц с агрессивно-садистическим расстройством влечения было характерно чрезмерное завышение уровня притязаний после провоцирующей инструкции *«ах вот значит как — мужчины выполняют то, что себе наметили, так я сделаю 25 крестиков!!»*. При этом провоцирование неуспеха не изменяло стратегию целеполагания таких испытуемых, вызывая у них нарастание эмоционального напряжения. В то время как для лиц с нарушением объекта сексуального предпочтения (эфебо- и педофилия) характерным явилось максимальное снижение уровня притязаний, для минимизации отклонений от указанного стереотипа. Так, испытуемый мог наметить поставить 7 значков. На замечание экспериментатора о том, что

9 – 3935

раньше его притязания были значительно выше, испытуемый сообщал, что теперь он будет «аккуратнее делать задание». Таким образом, эта процедура дает возможность выделить различные стратегии целеполагания в ситуации, провоцирующей полоролевой конфликт.

Результаты применения этой методики свидетельствуют о том, что конфликтность полоролевой идентичности парафиликов и формальности их представлений о «мужской» половой роли ограничивают их способность к саморегуляции в ситуациях, когда требуется участие определенных полоролевых стереотипов.

7.3.14. Рисуночные методики

Рисуночные методики достаточно популярны в психологической практике вследствие своей простоты исполнения и обработки. В рамках психологических исследований лиц с нарушениями психосексуальных ориентаций имеется опыт применения таких методик.

Так, тест Маховера «Рисунок человека» использовался И.А. Кудрявцевым, Е.Г. Дозорцевой, М.Б. Симоненковой (1991), Ю.А. Антоняном и соавт. (1991) при исследовании лиц с сексуальными девиациями. Теоретической основой выбора этого метода для авторов послужило положение о том, что образ человеческого тела в проективном рисунке является выражением собственной схемы тела и переживаний собственного «Я». Приписывание изображенному персонажу определенных признаков и особенностей посредством механизмов идентификации и проекции своих представлений и отношений отражает внутренние проблемы и конфликты в соответствующих сферах.

М.Б. Симоненкова (1991) отмечала, что у лиц с искажением психосексуальной ориентации по полу наблюдалась меньшая половая дифференцированность изображаемых ими персонажей. По данным Ю.М. Антоняна (1990), результаты рисуночных методов могут свидетельствовать о враждебности по отношению к противоположному полу, отражать недостаточность выраженности признаков мужественности, сильную зависимость от матери, восприятие женщины как активной и доминирующей.

Опыт применения рисуночных методик свидетельствует о том, что наиболее эффективно использование серии рисуночных процедур. Так, может быть рекомендовано применение следующих тем: «Рисунок человека», «Рисунок человека противоположного пола», «Рисунок человека со спины», «Рисунок ребенка», «Рисунок несуществующего животного», «Рисунок женщины», «Рисунок мужчины». Использование этих методик позволяет выявить отношение испытуемого к своему телесному облику, особенности половой идентификации, особенности восприятия половозрастных стереотипов.

Так, на рис. 7.3 проявился уже обсуждавшийся ранее феномен трансформированности образа «Я» у серийных сексуальных убийц. При выполнении методики «Рисунок несуществующего животного» испытуемый Е. (23 года, садизм, серия нападений на женщин, сопровождающихся изнасилованиями и убийствами) изобразил существо, которое охарактеризовал как *«единственное в своем роде животное, живущее в космосе, тело его состоит из одних оболочек, может передвигаться за счет оболочек, при изменении деятельности меняет свои размеры и форму»*.

В рисуночных методиках проявляется такой феномен, как изображение людей, в прямом смысле лишенных одушевленности или признаков жизни (например, при выполнении методики «Рисунок человека» изображают



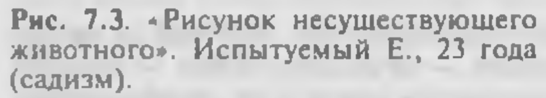


Рис. 7.3. «Рисунок несуществующего животного». Испытуемый Е., 23 года (садизм).



Рис. 7.4. «Рисунок человека». Испытуемый З., 31 год (садизм, некрофилия).

труп, лицо прорисовывается маскообразно, глаза — без зрачков, и т.д.), что наглядно представлено на рис. 7.4 испытуемого З., 31 год. Заключение сексопатолога: расстройство полового влечения из круга агрессивно-садистических; поведение в момент правонарушения — нанесение сожительнице множественных ран, расчленение трупа, каннибализм; в подростковом возрасте совершал жестокие убийства животных, что сопровождалось положительно окрашенными эмоциональными переживаниями. На рис. 7.5 того же испытуемого проявился феномен деперсонификации восприятия объекта сексуального предпочтения. Объяснение испытуемого: «У *меня не очень хорошо получается рисовать женщин, я нарисую лучше самое красивое* (левая часть рисунка), *а некрасивое надо отрезать*».

Феномен «нечеткости, формальности, недифференцированности восприятия возрастных особенностей объекта сексуального предпочтения», может наблюдаться при выполнении рисуночных методик у лиц с искаженным выбором объекта сексуального предпочтения по возрасту (педо- и эфебофилия).

Так, при зарисовке ребенка такие испытуемые часто изображают его с игрушкой, соской, подчеркивая тем самым за счет внешних атрибутов его возраст (рис. 7.6—7.8).

Нередко в рисуночных методиках может проявляться фиксированность испытуемого на теме аффективно-значимых сексуальных переживаний (рис. 7.9) и т.д. Испытуемый П-в (33 года, полиморфный парафильный синдром, гомосексуальная педофилия, садизм) при выполнении методики «Рисунок несуществующего животного» испытуемый изобразил существо «Ласкаша». Комментарий испытуемого — *«живет на пляже, в песке, щеко-*





Рис. 7.6. «Рисунок ребенка». Испытуемый Б., 35 лет (гетеросексуальная педофилия).

Рис. 7.5. «Рисунок женщины». Испытуемый З., 31 год (некрофилия, садизм).

чет женщин, добренький такой. Женщина не догадывается, что это он ее щекочет. Лазает везде, щекочет, ласкает, хочет — за волосы, хочет — половые органы, в общем, делает ей приятное. Сама она не знает и не догадывается, кто это может быть. Она думает, что это кто-то там «полозеет», начинает ложиться на живот, а ему это и надо — начинает и там ласкать. Потом перебирается и другим начинает делать приятное. На свете он такой один,

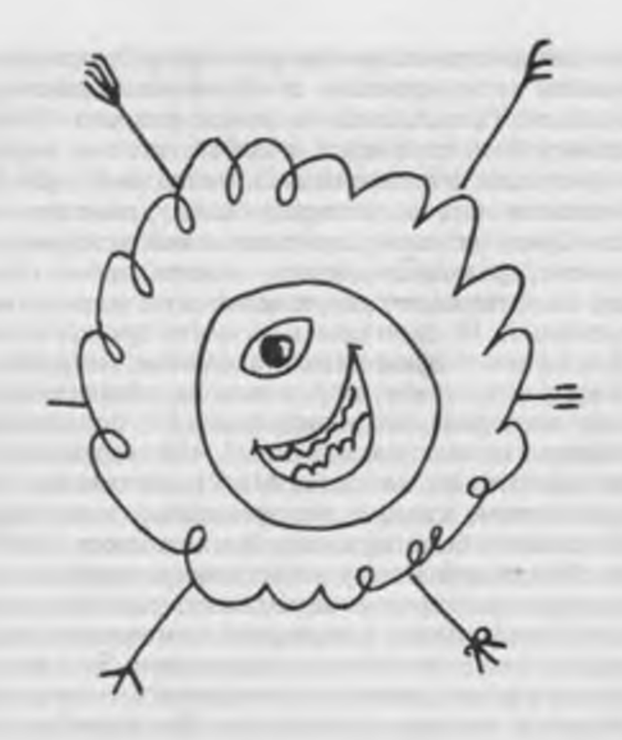




Рис. 7.8. «Рисунок ребенка». Испытуемый Б-в, 32 года (педофилия).

Рис. 7.7. «Рисунок ребенка». Испытуемый З., 28 лет (гомосексуальные эфебофильные тенденции).

Рис. 7.9. «Рисунок несуществующего животного». Испытуемый П-в, 33 года (полиморфный парафильный синдром, гомосексуальная педофилия, садизм).



подобных ему нет. Он и хочет быть один, чтобы все только ему одному досталось, чтобы быть хозяином. Его пища — наслаждение. Есть враги — это «амбалы» — мужики, которые ходят рядом, могут наступить и раздавить. Как только их (мужиков) увидит, то раз — под женщину и спасается, далее осматривается, чтобы не было никого, и к другой перебирается».

Комплексное применение серии методик позволяет не только объективировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере: особенности полового самосознания, особенности восприятия сексуального партнера, установки по отношению к сексуальному партнеру и т.д.

Ниже приводится пример направленного психологического исследования в рамках судебно-сексологической экспертизы с использованием основных изложенных методов.

Испытуемый С., 34 года. По материалам уголовного дела, с апреля 1995 по март 1996 г. совершал в ночное и вечернее время убийства и нападения на женщин в г. К. В середине апреля 1995 г. вечером на улице познакомился с В., пошел ее провожать, по дороге возникла ссора и В. пыталась убежать, но С. догнал ее, повалил на землю, придушил руками, отчего В. потеряла сознание. После этого он разорвал на ней одежду и ножом нанес ранения в области брюшной полости, век и глаз, правой щеки, а также ампутировал правую молочную железу. Затем С. подобрал с земли ветку и вставил ее во влагалище, произведя его разрыв. Потерпевшая осталась жива, повреждения расцениваются как тяжкие. В начале декабря 1995 г., находясь в состоянии алкогольного опьянения, С. бесцельно ходил по улицам города, в сквере напал на С., повалил ее, ударил несколько раз о находившийся поблизости пень, после чего разорвал на ней одежду, снял с потерпевшей рейтузы, обмотал их вокруг шеи и задушил. В конце декабря того же года С. напал сзади на гражданку К., придушил ее, отчего та на время потеряла сознание, разорвал на ней одежду и ввел во влагалище металлическую арматуру, которую носил с собой. К. выжила, однако ей были причинены тяжкие телесные повреждения. Через неделю после этого ночью на пустыре между домами С. напал на Т., разорвал на ней одежду, после чего

ножом нанес проникающее ранение в брюшную полость и ввел во влагалище потерпевшей ветку, отломив ее от рядом стоящего дерева. Т. на месте происшествия скончалась. Также ночью в конце февраля 1996 г. возле дома С. схватил за руку гражданку Я. и стал звать с собой, но она вырвалась и убежала. Сразу же после этого у ограды детского сада С. напал на К., ударил ее несколько раз по голове металлическим прутом, разорвал одежду, ввел прут в живот через влагалище. К. скончалась. Сразу же после этого возле той же ограды он напал на И., ударил ее прутом по голове, разорвал одежду, ножом нанес обширное проникающее ранение в живот, ампутировал правую молочную железу, после чего ввел прут во влагалище потерпевшей. И. скончалась на месте происшествия от полученных повреждений.

Диагноз сексопатолога: садизм, некрофилия.

Заключение по результатам направленного экспериментально-психологического исследования испытуемого С.: полоролевая идентичность характеризуется смешанностью как маскулинных, так и фемининных психологических черт («андрогинный» тип по методике МиФ), соотносясь при этом с представлениями испытуемого о том, какими полоролевыми качествами он хотел бы обладать, и тем, каким должен быть мужчина (по методике МиФ). По методике «Решетки Келли» также обнаруживаются у испытуемого нарушения полоролевой идентификации. Об этом свидетельствуют следующие результаты: негативная оценка всех мужских персонажей (в том числе идеальных), отмечаемое испытуемым нежелание «быть на них похожим», сходство оценок «идеального Я» и типичной женщины. При проведении методики у испытуемого возникли трудности в оценке матери и дочери, проявилась тенденция к их сверхидеализации. Как правило, это служит проявлением фиксации на соответствующих образах и, возможно, свидетельствует о вытеснении агрессивных или сексуальных импульсов по отношению к ним.

В то же время при выполнении методики «Кодирование» выявляется негативное эмоциональное отношение испытуемого к мужской половой роли — «мужчина»—шиповник—жесткий, колкий на язык в графе «травянистое растение». Это также проявляется при выполнении методики ЦТО, когда испытуемый устанавливает цветоассоциативные связи между понятиями «мужчина»—«злоба»—«боль»—«смерть»—«угроза»—«избегаю быть таким» (черный цвет). При выполнении методики «Кодирование» испытуемый демонстрирует стремление к обладанию «мужскими» чертами (на уровне формальных атрибутов), которыми он не обладает («гитара»—«неотъемлемая часть, атрибут любого мужчины... а я никак не могу научиться играть на ней» — (в графе «музыкальный инструмент»). Таким образом, выявляется амбивалентное эмоциональное отношение испытуемого к мужской половой роли. С одной стороны, он стремится к обладанию мужскими атрибутами, качествами, с другой — негативно оценивает эту роль, «избегает быть таким, как мужчина» (по ЦТО), что может отражать недостаточную интериоризированность мужской половой роли как в аспекте представлений о полоролевых стереотипах («мужчина» характеризуется смешенными маскулинными и фемининными чертами, по методике МиФ), так и в когнитивном (формальность атрибутивность представлений о мужской роли) и эмоциональном (амбивалентное отношение к мужской половой роли).

Кроме того, испытуемый склонен к защитному поведению в ситуациях, требующих участия полоролевых стереотипов. Например, он склонен демонстрировать мужчинам свои сильно выраженные маскулинные черты при занижении фемининных (по методике МиФ).

Образ женщины характеризуется выраженными фемининными чертами и соотносится с образами «реального» и «идеального сексуального партнера» («фемининный» тип по методике МиФ). Однако при выполнении методики «Кодирование» отмечается амбивалентное эмоциональное отношение к образу «женщины» — «роза в цвету цветет и колется» (графа «травянистое растение»), «кошка — мягкая, но царапается» (графа «животное»), т.е. женщина воспринимается испытуемым как одновременно притягательная и отталкивающая, создавая предпосылки для возникновения полоролевой фрустрации и конфликтности в отношениях. При этом испытуемым подчеркиваются трудности понимания «женщин» — «себе на уме, можно ожидать чего угодно», отмечается доминирующая позиция «женщины» в от-

ношениях — «укротительница хищников» (графа «амплуа артиста цирка»); кроме того, выявляются элементы деперсонификации образа «женщины» — «скалка — она как тесто: сначала погладишь, потом положишь, постоянно сухая» (в графе «неодушевленный предмет»), «флейта — из нее можно извлечь нежные звуки» (в графе «музыкальный инструмент»). При выполнении методики «Рисунок человека» выявляется маскообразность лица женщины, глаза прорисованы без зрачков. При выполнении методики ЦТО испытуемый устанавливает цветоассоциативные связи между понятиями «женщина»—«мать»—«ребенок»—«секс»—«идеальный сексуальный партнер», что может отражать искаженность в сфере психосексуальных ориентаций испытуемого.

По данным методики «Каузометрия» психологический возраст испытуемого, определенный исходя из количества связей причина—следствие и цель—средство для каждого жизненного события, равен ⅓ хронологического возраста, что при хронологическом возрасте 35 лет составляет 10—12 лет. У испытуемого проявились сложности в восстановлении событий прошлого и определении их субъективной значимости (события восстанавливаются относительно настоящего момента времени, есть значительные сложности в восстановлении более отдаленных событий и их хронологии), что может говорить о несформированности уровня формальных операций, который обычно формируется в вышеуказанном возрасте, и как следствие — о невозможности действовать в конкретной ситуации с учетом факторов, выходящих за ее пределы, и необходимости стереотипных действий. У испытуемого выявляется амбивалентное отношение к собственному возрасту, свидетельствующее о внутриличностном конфликте. Это проявляется в определении одновременно психологического возраста 43—45 лет и примерно возраста 12 лет (в качестве референтной группы испытуемый указывает сверстников младшей дочери, с которыми ведет себя и чувствует себя при общении как ровесник). Кроме того, завышение своего возраста не характерно для людей старше 25 лет и является проявлением компенсаторных тенденций. Эти тенденции проявляются в «Рисунке человека» (рисунок во весь лист — компенсаторное превознесение себя в воображении). При изображении своего жизненного пути с помощью трех кругов выделяет продолжительное настоящее и меньшее по продолжительности прошлое, с переходом к настоящему в 1980—1982 гг. (время вступления в брак) и с сильным взаимным влиянием прошлого и настоящего, т.е. можно выделить период времени, начавшийся в детстве и закончившийся несколько лет назад, что может свидетельствовать о невозможности использования испытуемым моделей поведения, свойственных его хронологическому возрасту. Возрастная идентичность испытуемого характеризуется соотнесением образа «Я-реальное» с образом «реального» ребенка наряду с приписыванием значительно выраженных инфантильных черт «идеальному» образу ребенка и черт зрелости — «идеальному Я». Это может свидетельствовать о наличии у испытуемого конфликта, связанного с соотнесением себя с ребенком, при усвоенности норм поведения взрослого.

Об инфантилизме испытуемого свидетельствует тот факт, что, с его слов, он претерпевает сложности в сопереживании проблемам других людей, а сам в то же время имеет потребность «быть выслушанным и понятым». Незрелость испытуемого также проявляется при выполнении методики ЦТО, где он устанавливает связи: «Я»—«девочка»—«нежность»—«доверие» и «Я-идеальное»—«мальчик»—«слабость»—«сочувствие». Данные факты также могут свидетельствовать об инфантилизме в возрастной идентичности испытуемого.

Для изучения эмоциональной сферы испытуемому были предложены методы: модификация метода опознания лицевой экспрессии, разработанного Изардом; опросник для диагностики способности к эмпатии Меграбяна. Эти методы были применены для проверки гипотез о нарушении у больного способности к эмпатии и о нарушении в одном из звеньев эмоциональной активности.

При ранжировании ответы испытуемого были сопоставимы с нормативными. При классификации больной выделил такие группы: «радость», «удивление», «скорбь», «испуг», «гнев». При этом одно изображение, выражающее радость, он не смог отнести ни к одной из групп, что отражает трудность идентификации эмоциональных состояний. Также он отнес к группе «скорбь» две фотографии, не подпа-

дающие под эту категорию: «презрение» и «спокойствие». Заслуживает внимания, что он вообще не выделил эти группы и ошибся в отнесении их к другой группе.

При работе с модификацией теста «Четвертый лишний» во второй подгруппе («скорбь») он не исключил изображение «спокойствие», а выбрал тоже изображение «скорби». При работе с пятой подгруппой («раздражение») выбрал фотографию с изображением последнего, когда необходимо было выбрать «страх», что может отражать роль искажений эмоционального восприятия в процессе принятия решений.

При выполнении субтеста «Узнавание» была допущена одна ошибка. В первой подгруппе эталонной была эмоция гнева, тогда как больной выбрал изображение страха. Это может отражать трудности дифференциации эмоционально насыщенных негативных состояний.

По тесту Меграбяна (опросник диагностики способности к эмпатии) испытуемый обнаруживает выраженность эмпатических тенденций, что отражает собственную эмоциональность испытуемого, в то время как распознавание эмоций других людей искажено.

При выполнении модифицированного варианта теста «Руки» выявляется выраженная фиксированность испытуемого на агрессивных действиях незавершенного характера, а также символизирующих угрозу готовность к нападению и самозащите («кулак готов к действию защиты, если ударят, я отвечу...», «рука монстра — да я тебя на одну руку положу, а другой прихлопну...»). Также выражены тенденции к доминированию над окружающими («указывает: найди и принеси то, подай это...»).

Таким образом, исследование свидетельствует о смешанном типе полоролевой идентичности испытуемого, недостаточной интериоризированности полоролевых норм, что, соотносясь с тенденциями к защитному поведению в ситуациях, релевантных половому самосознанию, подтверждает ограниченное участие полоролевых нормативов в регуляции поведения в этих ситуациях. Амбивалентность эмоционального отношения к образу «женщины» указывает на наличие межличностного конфликта в сексуальной сфере, а также внутренних барьеров при взаимодействии с женщиной как с объектом сексуального предпочтения. Аффективная фиксированность на незавершенных агрессивных действиях (экспрессивная, агрессивные установки) свидетельствует об аффективно-заряженном комплексе переживаний, определяющем постоянную готовность к совершению пролонгированных агрессивных действий. Наличие такого искажения эмоционального и когнитивного аспектов восприятия, как деперсонификация образа «женщины», говорит о сниженной способности к сопереживанию (эмпатии), о неспособности восприятия ее как полноценной личности, что, в свою очередь, ограничивает участие общепринятых морально-этических норм и правил в регуляции поведения и облегчает реализацию асоциальных тенденций в отношении сексуального партнера. Трудности идентификации эмоциональных негативных состояний других людей свидетельствуют о сниженном уровне эмпатии, а также о трудностях в определении эмоциональной реакции другого человека в ситуациях агрессивного содержания (в данном случае «гнев» и «страх»). Амбивалентное отношение к собственному возрасту может свидетельствовать о невозможности использования испытуемым некоторых моделей поведения, свойственных его хронологическому возрасту.

Приведенный пример показывает возможности направленного психологического исследования в судебной сексологии. С одной стороны, оно помогает уточнить дифференциально-диагностические гипотезы клиницистов, а с другой — раскрыть психологические механизмы формирования и реализации различных форм девиантной активности. Рассматриваемый подход позволяет вплотную подойти к выделению психологических критериев, являющихся ключевыми факторами в регуляции аномальной сексуальной активности.

Глава 8

Нейропсихологические методы исследования

8.1. Теоретические и клинические предпосылки применения нейропсихологических методов в судебной сексологии

8.1.1. Этиопатогенетические аспекты церебральных механизмов аномального сексуального поведения

Любая форма поведения подразумевает регулирующее влияние различных структур мозга. Основные формы копулятивного поведения контролируются спинным мозгом, подбугорьем и остальной частью ствола мозга. При сложных формах копулятивного поведения требуется участие среднего мозга. Полный же комплекс форм сексуального поведения, включая опеку над потомством, зависит от коры головного мозга. При этом нормальные сексуальные реакции и ощущения определяются сохранной деятельностью коры в целом. В отношении эмоций и сексуального влечения она выполняет функцию контроля. Корковые механизмы «различают» характер внутренних раздражителей, «превращают» их в специфические для человека ощущения и «интегрируют» все эмоции с сексуальными реакциями [Имелинский К., 1986].

Для нормального формирования полоспецифических особенностей сексуального поведения, сексуальных ориентаций, становления полноценной системы регуляции сексуального поведения в рамках социально приемлемых форм его реализации необходимым условием является адекватное развитие полового самосознания, эмоционально-волевой сферы личности, должны быть сохранны системы восприятия, оценки и регуляции собственных эмоциональных и мотивационно-потребностных состояний, восприятия эмоциональной экспрессии других людей, способность к произвольной регуляции поведения на основе оценки изменений ситуации и т.д. Благополучие этих функций зависит от нормального развития, адекватного функционирования определенных мозговых образований и их взаимодействия.

В настоящее время существует ряд теорий, пытающихся объяснить этиопатогенетические механизмы сексуальных девиаций [Имелинский К., 1986; Старович З., 1991; Langevin R., 1994; и др.]. Среди них конституционально-биологическая [Slater E., 1962; и др.], психоаналитическая [Fuerstein L., 1984; Buzov J., 1988], этологическая модель [Freund K. et al., 1983], нейроэндокринная [Bradford J., McLean D., 1984; Lang R. et al., 1989] и дизонтогенетическая концепции нарушений психосексуальных ориентаций [Васильченко Г.С. и др., 1982]. Однако следует отметить, что каждая из них затрагивает в той или иной степени круг вопросов, связанных либо с особенностью мозговой деятельности, либо с нарушениями онтогенеза.

По мнению многих авторов, органический фактор является обязательным этиопатогенетическим звеном в механизме формирования девиаций сексуального поведения, и основное патологическое воздействие приходится именно на тот этап онтогенеза, когда еще не закончено биологическое

созревание некоторых морфологических структур мозга и тем более формирование функциональных систем [Ковалев В.В., 1985; Имелинский К., 1986; Money J., 1990; и др.]. До 50 % лиц с девиантным сексуальным поведением имеют ту или иную органическую церебральную патологию [Арутюнян А.В., 1987; Шостакович Б.В., Ткаченко А.А., 1992]. При этом отмечается независимость такой патологии головного мозга от нозологической квалификации психических расстройств.

8.1.2. Роль различных структур мозга в регуляции сексуального поведения и его патология при очаговых поражениях мозга

Функции *гипоталамуса*, как известно, заключаются как в рецепции биологически значимых внутренних констант, так и в интеграции моторных, вегетативных и эндокринных компонентов поведения, которое организуется и регулируется при непосредственном участии структур переднего мозга. Гипоталамус обеспечивает перерастание биологических потребностей в биологические мотивации, которые активизируют мозг, вызывая перестройку деятельности лимбических структур и передних отделов неокортекса [Судаков К.В., 1971]. Таким образом, гипоталамус участвует в регуляторных процессах и на самых ранних стадиях организации поведения, и на более поздних этапах, когда окончательно оформляется внешне реализуемый ответ [Симонов П.В., 1987].

C. Kochler (1960) указывал на связь патологии гипоталамической области с нарушениями темпа полового созревания. Некоторые исследователи [Беленев Ю.Н., Кабак Я.М., 1961; Кахана М.С., 1961] полагали, что раздражение этой области различными патологическими процессами приводит к преждевременному половому созреванию, а подавление вызывает его задержку. К.С. Лебединская (1969) отмечает, что у детей с ускоренным созреванием, протекающим без патологии влечений, симптомы диэнцефальной недостаточности выражены слабее. У детей с ускоренным созреванием и патологией влечений наблюдаются более грубые симптомы диэнцефальной дисфункции, вплоть до диэнцефальной эпилепсии. И.Л. Ботнева (1983) при специальном исследовании церебральной формы преждевременного полового развития различает преимущественно очаговое и общее поражение. При общей функциональной церебральной патологии признаки преждевременного полового развития становятся первыми, а иногда и единственными проявлениями дисфункции гипоталамических структур. Причины задержки полового развития могут быть разнообразными. Л.М. Скородок, О.Н. Савченко (1984) при обследовании мальчиков с задержкой пубертата и выраженным ожирением высказали предположение, что задержка полового развития связана с первичными нарушениями на уровне гипоталамуса. У значительной части обследованных в прошлом наблюдались тяжело протекавшие инфекции, черепно-мозговые травмы, асфиксия в интранатальном периоде, что могло привести к патологическим изменениям в гипоталамусе и вызвать нарушения в регуляции становления репродуктивной системы.

В гипоталамусе имеется два сексуальных центра. Один, ответственный за сексуальное поведение, непосредственно «высвобождает» сексуальную активность, а другой обусловливает сексуальные влечения опосредованно — через секрецию гонадолиберина [Имелинский К., 1986]. Поэтому повреждение мозга может сопровождаться как количественными наруше-

ниями сексуальности (в виде гипер- или, чаще, гипосексуальности) [Гращенков Н.И., Севастьянова Г.А., 1958; Катковников А.И., 1963, 1966; Белкин А.И., 1965, 1967; Темин П.А., Мухин К.Ю., 1988; Хаит Н.З., 1993; Kolarsky A. et al., 1967; Taylor D., 1969; Ellison Y., 1982], так и качественными в виде девиантных форм поведения [Темин П.А. и др., 1989; Blumer D., Walker A., 1970]. Поражение нижней передней части гипоталамуса, по наблюдению H.G. Bauer (1959), приводит к снижению гонадальной активности, а повреждение заднего гипоталамуса, часто с вовлечением мамилярных тел, сочетается с преждевременным созреванием.

Многие источники литературы свидетельствует о связи расстройств сексуального поведения с различными нарушениями гипоталамических структур [Симонов В.П., 1981; Бешкемпиров Е., 1988; Нохуров А., 1988; Poeck K., Pilleri G., 1965, и др.]. Гипоталамо-гипофизарно-гонадной системе отводится важная роль в формировании сексуальной патологии и агрессивного поведения [Kula K., 1986]. S. Levay (1991) указывает на то, что размер одного из сегментов гипоталамуса у гомосексуальных мужчин составляет от четверти до половины такового у гетеросексуальных [цит. по Abnormal Psychology, 1992]. Исследования на животных показывают, что при удалении аналогичного участка «самцы теряют интерес к самкам и выражают свои сексуальные интересы в мастурбации».

Г.К. Дорофеенко (1979) показал, что сексуальные девиации по-разному могут сочетаться с диэнцефальными нарушениями: в одних случаях они чередовались с ними, в других — представляли их начало, в третьих — входили в структуру криза и проявлялись как отдельный его симптом. Б.В. Шостакович, А.А. Ткаченко (1991) отметили, что компульсивный вариант эксгибиционистских актов наблюдался в основном (37,7 %) у лиц с гипоталамическим синдромом. Причем осуществление перверсных актов нередко происходило в рамках пароксизмальных состояний при гипоталамическом кризе, сопровождаясь различными вегетативными симптомами.

Тесная связь диэнцефально-гипофизарной области с медиобазальными отделами лобной и височной долей мозга, участие в процессах нейроэндокринной регуляции объясняют ту полиморфность симптоматики, которая возникает при ее поражении. Так, наряду с эндокринно-обменной, вегетативной, собственно сексологической симптоматикой наблюдаются отчетливые эмоциональные нарушения [Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992; Доброхотова Т.А., 1994].

По-видимому, формирование оргазмической эмоциональной реакции на сексуальную стимуляцию осуществляется посредством вовлечения в процесс септальной области [Смирнов В.М., 1976; McLean P.D., 1957; Heath R.G., 1964, и др.], деятельность которой модулируется соответствующими влияниями из гипоталамуса и зависит от уровня половых гормонов [Michael R.P., 1962, и др.].

А.Р. Лурия (1974) отмечал, что при поражении ***лимбической системы*** и системы гиппокампа, помимо других нарушений, могут наблюдаться и первичные расстройства влечений. По мнению Э.А. Асратяна (1983), лимбические образования являются основным субстратом для сложнейших пищевых, питьевых, оборонительных, сексуальных и подобных мотивационных рефлексов. Общепризнанно, что лимбическая система тесно связана с сексуальной чувствительностью людей и что ее деструктивные повреждения могут вести к аномалиям сексуального поведения [Темин П.А. и др., 1989; Gloor P., 1960; MacLean P., 1960; Milner P., 1970; Flor-Henry P., 1978]. Крайне велико значение лимбических структур и в механизмах сексуальной агрессии, которая у животных может являться компонентом сексуального

поведения. Так, L. Valzelli (1978), рассмотрев результаты множества экспериментов на животных в этой области, пришел к заключению, что структуры гипоталамуса, вентрального гиппокампа и центромедиальной миндалины инициируют, а структуры септальной области, базолатеральной миндалины и цингулярной коры тормозят проявления такого поведения. У человека повреждение лимбических структур височных долей также имеет значение в патофизиологических механизмах аномального агрессивного поведения [Garza-Trevino E.S., 1994, и др.].

С точки зрения эволюционного подхода, эмоциональный тон ощущений, выражающийся в чувстве дискомфорта или удовлетворенности и подобного, нужен для субъективного отражения успеха или неудачи отдельной особи в достижении ею целей, значимых для индивидуального и видового выживания. Эти «базисные» чувства и эмоции могут быть и относительно «элементарными», и достаточно сложными. Аффективные реакции и даже определенные индивидуальные особенности поведения остаются сохранными при разрушении у животных неокортекса, в отличие от структур лимбической системы [Hara K., Myers R.E., 1973; Murphy M.R. et al., 1981, и др.]. Интересно, что это в определенной степени относится и к сексуальному поведению животных, причем преимущественно самок, у которых деструкция неокортекса существенно не нарушала паттернов сексуального поведения [Blumer D., Walker A.E., 1975, и др.]. Учитывая данные факты, высказывается точка зрения, что и у животных, и у человека как собственно продукция и субъективное переживание основных эмоций (в том числе и чувств сексуальной удовлетворенности или неудовлетворенности), так и развитие «сенсорно-аффективного» самосознания, определяется прежде всего деятельностью мезэнцефалических и лимбических подкорковых структур и, уже опосредованно, связанных с ними структур неокортекса.

Рассматривая вопрос о структуре и функциях отдельных подкорковых структур лимбической системы, можно выделить три ее основных компонента: ***хабенулоинтерпедункулярный комплекс, гиппокампальную систему и миндалевидный комплекс.***

Функции ***хабенулоинтерпедункулярного комплекса*** в настоящее время исследованы недостаточно, однако ряд данных позволяет высказать предположение, что из всех компонентов лимбической системы деятельность именно структур хабенулоинтерпедункулярного комплекса могла бы быть наиболее тесно связана с формированием собственно эмоций как особых субъективных психических феноменов. Об этом свидетельствуют следующие факты. Во-первых, связи данного комплекса с подкорковыми структурами, где осуществляется как рецепция тех или иных мотивационно- и эмоционально-значимых гомеостатических показателей, так и перцепция «врожденных» (безусловно-рефлекторных) чувственных стимулов; во-вторых, связи структур комплекса с нейрохимическими регуляторными системами, что могло бы объяснить эффективность тех или иных фармакологических агентов при лечении аффективных расстройств и т.п.; в-третьих, полушарная асимметрия проекций комплекса, что соотносится с полушарной «эмоциональной» асимметрией головного мозга; в-четвертых, данные о возникающих при стимуляции некоторых структур этого комплекса субъективных эмоциональных переживаниях, в частности эйфории и хорошего самочувствия.

Миндалевидный комплекс [McLean P., 1960; Kawakami M. et al., 1968] связан афферентными и эфферентными волокнами как с различными подкорковыми структурами, так и с алло- и неокортикальными зонами. При-

чем важно отметить, что анатомические и функциональные взаимосвязи между правым и левым миндалевидными комплексами, также как и между правой и левой гиппокампальными системами, отсутствуют. Среди функций миндалевидного комплекса превалируют функции, связанные с организацией и регуляцией эмоциональных и мотивационных процессов, агрессивности и др. Среди эмоционально-мотивационных функций миндалины чрезвычайно важное место занимают анализ и оценка эмоционально-ассоциированных сенсорных образов. На это указывает то, что активность единичных нейронов в миндалине у животных может строго селективно зависеть от эмоциональной и мотивационной значимости появляющихся в поле их зрения стимулов. Современные исследования с использованием позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) также дают основание предполагать, что передние структуры височной доли (миндалина, гиппокамп и височные области) ответственны прежде всего за «оценочную процедуру» (evaluation procedure), которая определяет оценку эмоциональной значимости экстрацептивных сенсорных стимулов [Reiman E., 1996].

Важным представляется факт наличия в миндалине, как и в височной коре, нейронов, реагирующих на зоосоциальные стимулы: лица, мимику, выразительные жесты. По-видимому, миндалина участвует также в процессе субъективного переживания образа внешнего мира и одновременно — в процессе субъективной оценки состояния внутренней среды [Чепурнов С.А., Чепурнова Н.Е., 1981].

Таким образом, миндалевидный комплекс может рассматриваться в качестве одной из главных структур эмоционально-мотивационной системы. Миндалина, во-первых, получает и «эмоционально» анализирует поступающую, в частности, из височно-теменной коры сенсорную информацию об окружающем мире, сопоставляет ее с мотивационным возбуждением из гипоталамуса, а также воздействует на гиппокамп, который регулирует сохранение в долговременной памяти и извлечение из нее данных, необходимых для текущего «эмоционального» анализа. Во-вторых, миндалевидный комплекс «взвешивает» конкурирующие эмоции, которые формируются при сопоставлении конкурирующих потребностей с перспективами их удовлетворения, и выделяет доминирующую мотивацию. И в-третьих, реагируя на все эти источники, миндалина инициирует организацию адекватного имеющейся ситуации поведения в лобно-центральных регионах головного мозга и посредством влияния на гипоталамус и вегетативную нервную систему создает этому поведению соответствующее гормональное и нейровегетативное обеспечение.

R. Delgado (1952) при раздражении миндалевидных тел отмечал усиление либидо у женщины с височной эпилепсией. A.R. Heath (1972) выявил локализацию «центров удовольствия» в зоне перегородки. P. Flor-Henry (1978) говорил о том, что мозговой субстрат оргазма связан с лимбическими механизмами. Разрушение гипоталамо-амигдалярных связей, повреждение или раздражение миндалины могут приводить к нейрогуморальным сдвигам и влиять на сексуальное поведение [Вейн А.М., Соловьева А.Д., 1973; Акмаев И.Г., Каллимулина Л.Б., 1993], вплоть до появления перверсных форм [Pilleri G., 1966].

Гиппокамп осуществляет двойную функцию. С одной стороны, он играет роль входного фильтра информации, подлежащей и не подлежащей регистрации в долговременной памяти [Виноградова О.С., 1975], с другой, — участвует в извлечении следов из памяти под влиянием мотивационного возбуждения для использования этих следов в организации текущего поведения [Симонов П.В., 1993; Hirsh R., 1974].

Особое место в изучении тесной связи лимбической системы с сексуальной чувствительностью у людей и особенностей нарушений сексуального поведения при повреждении этих отделов отводится исследованию ***височной*** эпилепсии [Темин П.А., Мухин К.Ю., 1989; Mitchell W. et. al., 1954; Kolarsky A., 1967; Blumer D., Walker A.E., 1967; Blumer D., 1969; Jones A.H., Frei D., 1979; Blumer D., Benson D.F., 1982; Ellison G.M., 1982].

Клинические проявления сексуальных нарушений, возникающих при локализации очага в височных долях, достаточно разнообразны: могут наблюдаться как гипо-, так и гиперсексуальность, пароксизмы оргазма, собственно аномалии сексуального поведения. D.Taylor (1969), изучая особенности полового поведения больных височной эпилепсией в зависимости от времени возникновения первых проявлений болезни, отметил связь выраженности и частоты гипосексуальности с возрастом возникновения первых признаков височной эпилепсии: чем раньше дебютировало заболевание, тем более частыми и тяжелыми были проявления гипосексуальности. У большей части больных было установлено безразличие или отрицательное отношение к сексу. Некоторые больные предпочитали половому акту сон, другие стремились иметь половые контакты лишь с больными людьми, страдающими эпилепсией, шизофренией и другими заболеваниями.

Интересные данные были получены M. Kluver, P. Busy (1939) при удалении у обезьян височных долей вместе с миндалиной и гиппокампом. Авторы заметили, что у них больше не проявлялось нормальной агрессивности, которую обезьяны обычно использовали для поддержания взаимоотношений в группе или же самозащиты. Их сексуальная активность не только повысилась, но и стала неупорядоченной, — они пытались спариваться даже с животными другого вида. Обезьяны брали в рот не только пищу, но и всевозможные предметы. В последующем сходные нарушения (повышенная оральность, психическая агнозия, гиперсексуальность) были описаны у людей и получили название синдрома Клювера—Бьюси. K. Marlowe и соавт. [1975; цит. по Блуму Ф. и др., 1988] наблюдал его у больного с менингоэнцефалитом, у которого были поражены височные доли и лимбические структуры.

Нередко девиантная сексуальная активность при височной эпилепсии входит в структуру эпиприпадка и носит характер психомоторных автоматизмов, что наиболее характерно для эксгибиционизма [Hooshmand M.D., Brauley B.U., 1969; Ellison G.M., 1982]. D. Blumer, A. Walker (1970) считают, что эксгибиционизм возникает чаще в постиктальной фазе, тогда как иные перверсии обычно встречаются в интериктальном периоде. При этом [Spenser S., 1983] наличие сексуальной ауры с оргазмом чаще встречается при локализации эпилептогенного очага в лимбической системе передних височных отделов.

W. Mitchell и соавт. (1954) сообщили о случае своеобразного фетишизма у 38-летнего мужчины с височной эпилепсией. У больного развивался припадок при взгляде на английскую булавку. При этом он совершал чмокающие движения губами и нередко испытывал оргазм. На ЭЭГ была зарегистрирована нерегулярная высокоамплитудная медленная активность, более выраженная в левой височной доле. R. Hunter и соавт. (1973) описали случай длительного трансвестизма и фетишизма, которые задолго предшествовали эпилептическим припадкам у мужчины в возрасте 39 лет, страдающего височной эпилепсией.

J. Money (1990) отмечал, что сексуальный садизм, подобно другим парафилиям, у некоторых больных регистрируется в сочетании с эпилепсией (в виде двойного диагноза). Он считал, что имеется сходство между эпизоди-

ческими приступами сексуального садизма и эпилептическими припадками бессудорожного типа, известными как психомоторные, или височные. Мозг патологически активизируется для передачи сигналов к нападению одновременно с сигналами полового возбуждения и сексуального поведения. Однако это нарушение функционирования носит не постоянный, а пароксизмальный или эпизодический характер, как например во время припадков при эпилепсии.

Согласно данным A. Herzog (1982), медиобазальным отделам височной доли принадлежит центральная роль в регуляции многих эндокринных функций. Вероятно, эпилептогенный очаг в височной доле вызывает нарушение регуляции эндокринных, в частности половых, функций, чем может быть объяснено развитие сексуальных нарушений при височной эпилепсии.

Передние отделы головного мозга играют важную роль в организации поведения, осуществлении программирования и контроля за деятельностью в обеспечении избирательности и целенаправленности психических процессов; они непосредственно участвуют в механизмах эмоциональной саморегуляции, мотивационных процессах и т.д. При двустороннем удалении премоторной зоны половая активность сохраняется, но половое сношение затруднено вследствие координаторных нарушений [Шустин Н.А., 1980], что объясняется поражением лимбического отдела лобной доли (ринэнцефалон). Половую гиперфункцию, возникшую при частичном повреждении лобных долей, можно связывать с иррадиацией возбуждения на лимбическую систему. S. Spenser и соавт. (1983) при обследовании больных с лобной эпилепсией отметили, что наряду с полиморфными пароксизмами у них наблюдались приступы эксгибиционизма. Авторы сделали вывод, что при сексуальных автоматизмах эпилептогенный очаг чаще локализуется в лимбическом отделе лобных долей.

Эмоциональные нарушения в большей степени связаны с поражением ***медиобазальных отделов лобных долей***. А.Р. Лурия (1973) отмечал важную роль медиальных отделов не только в регуляции тонуса коры, но и в регуляции влечений и аффективной жизни. Е.Д. Хомская, Н.Я. Батова (1992) указывают, что пересечение связей лобных долей коры головного мозга с передними базально-медиальными структурами ведет к выраженным эмоционально-личностным нарушениям. Так, двустороннее разрушение базальных отделов лобных долей способствует облегчению возникновения реакций ярости, что можно объяснить высвобождением «центра ярости» в заднем гипоталамусе в связи с дефицитом тормозных влияний передних отделов мозга [Fulton J.F., 1951; цит. по Хомской Е.Д., Батовой Н.Я., 1992]. При поражении лобных долей наиболее часто наблюдаются сужение диапазона эмоциональных реакций, недифференцированность эмоций, явления анозогнозии [Доброхотова Т.А., 1974], нарушение способности к формированию мотивов (прежде всего социально значимых), нарушение контроля и самоконтроля, критики [Лурия А.Р., 1984]. Существуют данные о преимущественном участии дорсолатеральных отделов лобных долей в информационной системе образований мозга, а медиобазальных — в мотивационной системе [Симонов П.В., 1993].

Нарушения сексуального поведения часто встречаются при поражении ***глубинных структур передних отделов мозга***. У больных с базально-лобными поражениями расстройства поведения могут сопровождаться расторможенностью низших влечений в сочетании со снижением истинной активности и наблюдаться на фоне аспонтанности [Доброхотова Т.А., 1974]. K. Lesniak и соавт. [цит. по Flop-Henry P., 1991] описывает случай появле-

ния грубых сексуальных отклонений в виде инцестной, гетеро- и гомосексуальной педофилии, содомии, мазохизма, садизма, копролалии и эксгибиционизма с изменением эмоционального статуса больного в течение 4 лет от расторможенной эйфории до импульсивной агрессивности при обьемном процессе в глубинных отделах правой лобной доли.

8.1.3. Функциональная асимметрия мозга и сексуальное поведение

Одной из важнейших интегративных характеристик организации головного мозга является функциональная асимметрия, т.е. неравнозначность мозговых полушарий. Деятельность полушарий можно определить как аналитическую и абстрактно-символическую на речевой и знаковой основе для левого полушария и синтетический конкретно-образный строй мышления на пространственно-временной основе для правого полушария [Казначеев В.П., Чуприков А.П., 1976]. Было показано, что обработка информации в левом полушарии осуществляется преимущественно сукцессивно (последовательно), а в правом преимущественно симультанно (параллельно) [Белый Б.И., 1982]. Предполагается, что правое полушарие ответственно за энергетический потенциал личности и за вовлеченность субъекта в личностную проблематику [Николаенко Н.Н., Островская М.И., 1989]. Правое полушарие отвечает за регуляцию внутренней среды, гомеостаза [Логинов А.А., 1979] и участвует в формировании адаптивно-поведенческих способностей [Reeves W., 1983]. В правом полушарии происходит оценка «неприятного» и «ужасного», в левом — «приятного» и «смешного» [Gur R., 1981]; более точное «опознание» негативных слов правым полушарием отмечается преимущественно у мужчин [Gravis R., Landis T., Goodglass H., 1981]. На основе анализа клинических и экспериментальных данных, описанных в литературе и полученных в собственных исследованиях, Е.Д. Хомская и Н.Я. Батова (1992) высказывают предположение об особой роли правого полушария в восприятии и выражении эмоций в целостном эмоциональном реагировании, о наличии некой первичной эмоциональности правого полушария, особого правостороннего эмоционального модуса переработки информации, отличного от более когнитивного левостороннего.

Правое полушарие доминантно при перцепции и когнитивном анализе отрицательной эмоционально-ассоциированной сенсорной информации. Это показано в отношении отрицательной эмоциональной мимики [Szelag E., Fersten E., 1991; Johnsen B.H., Hugdahl K., 1993] и визуальных отрицательных эмоциональных стимулов [Wittling W., Roschmann R., 1993, и др.]. Соответственно, повреждение правого полушария больше нарушает оценку отрицательной эмоциональной мимики [Mandal M.K. et al., 1991]. Активация правого полушария усиливает отрицательную эмоциональную окраску голоса [Schiff B.B., Lamon M., 1994], а его инактивация сопровождается положительными эмоциями [Lee G.P. et al., 1993, и др.].

Установлено, что левое полушарие, напротив, лучше оценивает положительную эмоциональную мимику [Bryson S.E. et al., 1991; McDowell C.L. et al., 1994], более активировано при оценке положительной эмоциональной мимики [Gur R.C. et al., 1994], при восприятии приятных визуальных стимулов [Jones N.A., Fox N.A., 1992], при индуцированных положительных эмоциях [Kochi K. et al., 1996]. Соответственно, инактивация левого полушария сопровождается отрицательными эмоциями [Lee G.P. et al., 1993; Christianson S.A. et al., 1993, и др.].

По имеющимся в литературе данным такие феномены, как переоценка и недоотмеривание временных отрезков, отражают снижение способности к адаптации в условиях изменения внешней среды и больших эмоциональных, интеллектуальных и физических нагрузок. Лица с низкими адаптивными возможностями отсчитывают индивидуальную минуту ускоренно [Моисеева Н.И., 1989]. Известно, что нарушение восприятия времени и ориентировки в нем часто встречается при локальных поражениях мозга и психических заболеваниях [Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1980, 1994]. Значительное изменение чувства времени в виде резкого сокращения длительности минуты возникает у таких больных при синдромах тревожности и депрессии [Савченко Ю.С., 1970: цит. по Моисеевой Н.И., 1989], а также у психически здоровых самоубийц. По мнению некоторых авторов, подобные нарушения связаны с изменением функционирования правого полушария и его вклада в интегративную деятельность парного мозга [Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1994; Семенович А.В., 1994, и др.].

Существуют представления о том, что корковые отделы полушарий головного мозга имеют тесные функциональные связи с различными образованиями срединных структур: правое полушарие — с диэнцефальным отделом, левое — с активирующими отделами ствола [Каменская В.М., Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1976].

Леворукость. J. Levy (1982) полагает, что женский мозг подобен мозгу мужчины-левши вследствие пониженной по сравнению с мозгом мужчины-правши специализации полушарий. Однако существует мнение, что определенная степень функциональной амбилатеральности в этих случаях обеспечивается качественно различными факторами. В связи с этим особый интерес представляет специфика межполушарной организации психических процесссов у левшей. А.В. Семенович (1991) относит к таковым сравнительную функциональную недифференцированность мозговых структур у леворуких, в частности создающую базис для появления системы межмодальных связей, функциональную амбилатеральность и относительную функциональную разобщенность, автономность гемисфер. Центральным моментом психологической структуры синдромологии левшей, по мнению автора, является отсутствие системности нарушений: «... у них имеет место мозаичность, диссоциация степеней сохранности различных звеньев, уровней произвольности и способов реализации одного и того же психического процесса», что может проявляться в «уязвимости и раскоординированности когнитивного и аффективного уровней регуляции психической деятельности... недостаточной сформированности базиса автоматизированного поведения, частого осознания средств навыков». Иными словами, у левшей могут осознаваться процессы, которые никогда или только в особых условиях осознаются у правшей, и, следовательно, можно предполагать, что обычно осознаваемые у правшей процессы могут протекать на неосознаваемом уровне.

Индивидуальный профиль функциональной асимметрии. Н.Н. Брагина и Т.А. Доброхотова (1981) предложили понятие «индивидуальный профиль функциональной асимметрии» (ИПФА), характеризующее сочетание моторных (рука, нога) и сенсорных (глаз, ухо) асимметрий, присущих данному индивиду. ***Рука*** — левшеству может способствовать повышенное выделение тестостерона в период зародышевого развития [Geschwind N. et al., 1978]. ***Нога*** — у здоровых мужчин и женщин различий нет [Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994]. ***Зрение*** — левая асимметрия встречается реже у мужчин (12 %), чем у женщин (26 %), симметрия обнаружена только у 2 % женщин. ***Слух*** — у мужчин отрицательные значения $К_{пу}$ колеблются

в диапазоне −2,8—30,1, у женщин −1—70,5. По частоте встречаемости различий нет.

В здоровой популяции выявляются 4 типа ИПФА: 1) правый; 2) преимущественно правый (левая асимметрия только одного парного органа при правых асимметриях трех других); 3) смешанный (сочетание 2 левых с 2 правыми асимметриями); 4) преимущественно левый (сочетание 3 левых асимметрий с 1 правой). Обращает на себя внимание отсутствие среди здоровых левого и симметричного типов ИПФА. У мужчин чаще правый тип ИПФА (40 %, у женщин — 36 %), и преимущественно правый (44 %, у женщин — 42 %). Г.Е. Введенский (1990, 1994) показал, что смешанный тип индивидуального профиля часто встречается у лиц с гомосексуальной ориентацией. Имеются данные, что «смешанная рукость» связана с низкими показателями физического развития и аутизмом у детей [Tsai L., 1983].

У мужчин со скрытой леворукостью сглаживание межполушарной асимметрии является условием появления дисбаланса личностных свойств и снижения устойчивости к эмоциональному стрессу [Москвин В.А., 1990]. Известно, что наличие факторов левшества и особенно выраженное доминирование левой руки или симметричность функций обеих рук могут являться отражением глубоких изменений функциональной организации мозга, характеризующихся диффузностью и относительной разобщенностью полушарий [Симерницкая Э.Г., 1985; Семенович А.В., 1991].

Таким образом, можно говорить о том, что смешанный тип индивидуального профиля функциональной асимметрии не является чем-то единым. Речь идет о том, что смешанный тип профиля — общая характеристика достаточно большой и разнородной группы видов функциональной организации мозга, в которой можно предположить наличие различных подгрупп и, очевидно, только в некоторых из них признаки полового диморфизма будут выявлять себя специфически, например через антропоморфические или психологически-поведенческие (в том числе и сексуальные) особенности. Он частично обусловлен генетически, т.е. является предиспозиционным или патопластическим фактором в формировании клинической картины психических расстройств или особенностей личности [Smokler I., Shevrin H., 1979], частично же отражает механизмы формирования текущего синдрома или состояния [Wexler B., 1980]. Вследствие того что динамика процессов замыкания временной связи идет от асимметрии к симметрии и вновь к асимметрии активности полушарий головного мозга [Кураев Г.А., 1983], в данных условиях будет возрастать вероятность образования нетипичных связей, вовлечения различных структур мозга в констелляцию обеспечения разных сторон психической деятельности.

Примечательным представляется тот факт, что у лиц со смешанным типом профиля индивидуальной асимметрии тесной связи правого полушария с диэнцефальным отделом мозга не выявляется, напротив, полушария их мозга симметричны по взаимоотношениям со срединными структурами [Леутин В.П., Николаева А.И., 1985]. С учетом упоминавшегося предположения о том, что центр мужского полового поведения находится в правом гипоталамусе, а женского — в левом [Филиппов Б.Е., 1992], характерной для лиц с аномальным сексуальным поведением и смешанным профилем асимметрии представляется дефицитарность правосторонней структуры «полушарие—гипоталамус», что по механизму реципрокного взаимодействия может приводить к растормаживанию центра женского полового поведения.

С учетом концепции В.А. Геодакяна (1993) смешанный тип индивидуального профиля функциональной асимметрии можно расценивать как вы-

соко вероятный для лиц с маловыраженным половым диморфизмом и отражающий дисгармоничность функционирования различных мозговых структур (в том числе и относящихся к регуляции полового поведения) как следствие асинхронии их развития в онтогенезе.

В данном контексте представляется интересным не только установление конкретного профиля функциональной асимметрии для конкретной группы лиц, но и изучение особенностей взаимодействий больших полушарий головного мозга вообще и различных психических функций, в частности, в контексте своеобразия латеральных фенотипов [Чуприков А.П., 1987], в которых отражаются процессы цереброгенеза и взаимодействия организма и среды.

Е.Д. Хомская, И.В. Ефимова, Е.В. Будыка, Е.В. Ениколопова (1997) изучали профиль латеральной организации (ПЛО) — сочетание асимметрии—симметрии по руке, уху и глазу. Кроме «чистых « правшей и левшей они выделяют в зависимости от преобладания типов асимметрий «праворуких» и «леворуких» (разные варианты доминирования уха и глаза) и амбидекстров. При многократном тестировании выявлено, что мануальные функции более устойчивы у женщин, слух устойчивее у мужчин, но у них знак $K_{пу}$ не зависел от рукости, зрительная асимметрия более устойчива, чем слуховая и мануальная, особенно у женщин (у 16,36 % мужчин доминантность глаза менялась). В целом же при многократном тестировании возрастает число симметрий (кроме зрения).

Праворукие хуже распознают отрицательные эмоции, толкуют их как нейтральные и положительные, леворукие — наоборот; также обстоит дело с оценкой запахов. Праворукие скорее распознают «радость» и «горе», леворукие — «страх» и «гнев». Праворукие чаще оценивают свое текущее состояние как умеренно положительное и эмоциональные помехи не оказывают влияния на их оценку, у леворуких более выражены признаки эмоциональной, психосоматической и вегетативной дезадаптации, выше реактивная и личностная тревожность (несовпадение объективных и субъективных характеристик образа телесного «Я»), они более склонны к отождествлению себя с эталонами, изображающими интенсивные эмоции, чаще отрицательно оценивают текущее состояние, самооценки подвержены влиянию помех. У леворуких отмечается более низкая самооценка здоровья и самочувствия, больше жалоб эмоционально-вегетативного типа и более высокий уровень реактивной тревожности; у них более высокие объективные показатели степени адаптации. У правшей худшие объективные показатели, но более высокая самооценка, меньше жалоб, реактивной тревожности. У леворуких и амбидекстров по сравнению с праворукими хуже выражена способность к произвольной регуляции движений, саккадических движений глаз, ускорения интеллектуальной деятельности.

Таким образом, отличия психической деятельности праворуких от леворуких настолько значительны, особенно в области произвольной регуляции, что неизбежно возникает вопрос о специфических подходах к экспертной оценке их поведения.

Как уже говорилось, женская церебральная организация обладает меньшей степенью асимметрии, чем мужская, а тенденция в сторону снижения степени латеральности мужского мозга отражает своего рода отклонение от заданного типа цереброгенеза. Казалось бы, в таких случаях можно утверждать о тенденции к сближению функциональной мозговой организации мужчин и женщин. Однако у левшей в первую очередь обращает на себя внимание особый тип межполушарной организации психических процессов, проявляющийся в утрате специфической связи между стороной мозго-

вого поражения и возникновением соответствующих расстройств. Причем таковые не наблюдаются у правшей при аналогичной локализации очага: «...у левшей утрачиваются отличительные признаки полушарного обеспечения и вербальных, и невербальных психических процессов, независимо от степени их латерализации» [Семенович А.В., 1991]. Другой особенностью является разобщенность мозговых гемисфер и, что наиболее важно в настоящем контексте, — диффузный, недифференцированный характер внутриполушарной мозговой организации [Семенович А.В., 1991]. Более низкая степень латерализации женского мозга может быть объяснена специфическим вкладом левого полушария в процессы протекания высших психических функций. Сопоставление данных, полученных на локальных поражениях конвекситальных отделов коры головного мозга у мужчин и женщин, показало, что четкие различия обнаруживаются лишь при анализе симптомокомплексов поражения левой височной доли. Если у мужчин на первый план выступают дефекты слухоречевой памяти в сочетании с нарушениями взаимодействия полушарий в обеспечении двигательных функций (реципрокное взаимодействие и перенос поз), то у женщин выявляется дефицит всех психических процессов, в первую очередь нарушения пространственных представлений и перцептивных функций. Из этого следуют функциональная неравнозначность левой височной доли, ее особый вклад в функциональную организацию головного мозга у мужчин и женщин. Заметим, что при поражении левого полушария у женщин не возникает правополушарная симптоматика.

Таким образом, симметричность мозговой организации у левшей обусловлена недифференцированностью внутри- и межполушарной организации, а у женщин амбилатеральность может объясняться увеличением вклада левого полушария (левого виска) в протекание психических процессов [Казначеев В.П., Чуприков А.П., 1976; Семенович А.В., 1991].

Функциональная асимметрия мозга и аномальное сексуальное поведение. В исследованиях J. Remilllavc и соавт. (1983), A. Tucker и соавт. (1984) у больных эпилепсией с сексуальными нарушениями очаг патологической активности был выявлен в правом полушарии головного мозга. При садистических формах расстройств влечений наблюдается некоторое расширение правого височного рога, причем в 3 раза чаще, чем при неагрессивных [Langevin R. et al., 1988]. Некоторые авторы указывали на взаимосвязь между сексуальной дисфункцией и межполушарной латеральностью эпилептического фокуса. Было показано, что редукция сексуальных интересов чаще выявлялись у больных с локализацией очага в правой височной области по сравнению с левосторонней локализацией очага. Причем эти эффекты определялись как у мужчин, так и у женшин [Daniele A., Azzoni A., Bizzi A. et al., 1988].

В литературе имеются данные о более частой встречаемости леворуких среди лиц с аномальным сексуальным поведением. В.В. Беляева и А.В. Семенович (1990, 1992), проводя обследования гомосексуалов на СПИД, описали недостаточность двигательных и тактильных функций левой руки, сужение объема восприятия и ухудшение выполнения заданий, обусловленных отрицательными эмоциями, анозогнозию, что позволило авторам предположить наличие у гомосексуалов дисфункции, близкой по клинической картине к дефициту правого полушария. Когнитивные нарушения и расстройства иммунной системы у гомосексуалов, возможно, обусловлены генетически [Gotestam K. et al., 1992] и можно объяснить наличием леворукости [Becker G. et al., 1992]. Имеются данные, что сужение объема восприятия у гомосексуалов, возможно, является одним из механизмов психоло-

гической защиты. Гомосексуалы хуже гетеросексуалов справляются с некоторыми пространственными заданиями, хуже выполняют тесты на прицеливание [Kimura D., 1992], что также может свидетельствовать об особенностях латерализации церебральных функций у таких лиц.

Причиной возникновения подобных изменений, по мнению ряда авторов, могут быть наследственная предрасположенность, наиболее вероятная при наличии левшества в роду, или искажение церебрального развития вследствие воздействия различных вредностей в пренатальном и раннем постнатальном периодах [Bakan P., 1973, и др.], в том числе и гормональных сдвигов [Springer S., Deutsch G., 1982; Herron I., 1980].

Высказывалось предположение, что правое полушарие — источник образов инфантильной и трансформированной сексуальности [Иванов В.В., 1992].

У мужчин с сексуальными нарушениями и у криминальных психопатов выявляется дисфункция лобно-височных областей левого полушария [Yeundall L., Fromm-Auch D., 1979]. P. Flor-Henry (1981) считает мозговым субстратом оргазма лимбическую систему правого полушария, а возникновение психического оргазма объясняет наличием «смешанной рукости», развитие же сексуальных девиаций — образованием связей идеаторного сексуального представительства в дезорганизованном левом полушарии с правым полушарием, которое модулирует реакцию оргазма.

В ряде исследований лиц с девиантным сексуальным поведением с использованием различных нейропсихологических и нейролингвистических методов были получены данные, свидетельствующие о недостаточности у этих испытуемых функций лобных и височных отделов с выраженным левополушарным акцентом [Baker L., 1985; Hucker S. et al., 1986; Yeudall L.T. et al., 1986; Lang R. et al., 1989; Langevin R. et al., 1989].

P. Flor-Henry (1981, 1988, 1989) предположил, что, во-первых, некоторая церебральная дисфункция может затрагивать левую височно-фронтальную область, связанную с вербальным процессом, формированием и восприятием определенных образов, относящихся к сексуальному возбуждению. Во-вторых, нарушения могут быть обусловлены межполушарной передачей информации в правые височные отделы. Наконец, дисфункция может затрагивать правое полушарие, вызывающее возбуждение. Автор также отметил, что сексуальные девиации не только наиболее часто встречаются у мужчин, но также наиболее различны у них в своем проявлении, что, по-видимому, вызвано различной организацией мозга у мужчин и женщин. Кроме того, он обнаружил (1991) изменение фазовых отношений переднезадних отделов мозга и чрезвычайно высокую активность справа на картине ЭЭГ у эксгибиционистов.

Другое исследование межполушарной когерентности биоэлектрической активности коры головного мозга [Иващенко О.И. и др., 1994] выявило усиление полушарной симметрии электрических процессов у лиц с парафилиями, что, по мнению авторов, с формальной точки зрения соответствует снижению степени полушарной асимметрии по показателю «когнитивной» реактивности ЭЭГ передних отделов в альфа-диапазоне.

Как установлено при ЭЭГ-исследованиях лиц с задержкой соматосексуального развития [Kaiser J., Gruzelier J., 1996], у них отмечается достоверно повышенный уровень когерентности ЭЭГ, что объясняется сниженным содержанием синапсов в коре вследствие более продолжительной их элиминации в процессе полового созревания [Huttenlocher P.R. et al., 1982; Saugstad L., 1994]. Кроме этого, показано, что у мужчин с задержкой пубертата значительнее выражен шизотипический синдром «избегания» («With-

drawn»), который, в свою очередь, тесно связан с относительно большей активацией правого полушария [Gruzelier J.H., Kaiser J., 1996]. Таким образом, есть определенные основания говорить о взаимосвязи формирования наблюдаемого у лиц с парафилиями паттерна ЭЭГ (т.е. повышение межполушарной когерентности и правополушарной гиперактивации) и дизонтогенетических механизмов задержки у них соматосексуального развития, которые в свою очередь этиологически могут быть обусловлены ранним резидуальным органическим поражением головного мозга.

В пользу предположения о связи наблюдаемого нейрофизиологического паттерна с нарушением сексуального онтогенеза у мужчин свидетельствует и то, что, как установлено, доминирование «правополушарных» функций характерно и для феминизированных мужчин [Кимура Д., 1992; Gruzelier J.H., 1994; и др.]. Интересно, что у маскулинизированных женщин, согласно данным тех же исследований, наблюдается, наоборот, левополушарное доминирование, в то время как у «нормальных» мужчин и женшин существенной полушарной асимметрии не отмечается. Это может быть объяснено тем, что в норме развитие полушарий, по всей видимости, носит гармоничный и сбалансированный характер, а возникновение выраженной полушарной асимметрии может являться следствием гормонально зависимых отклонений в развитии мозговых полушарных структур на ранних стадиях онтогенеза. Причем, возможно, что вследствие половых различий в нейроэндокринной регуляции одни и те же дизонтогенетические факторы (приводящие к расстройству в формировании и соответствующих мужских или женских половых признаков и характеристик) могут по-разному влиять на полушария головного мозга у мужчин и женщин. Так, у мужчин эти факторы могут вызывать торможение роста нейрональных структур левого полушария и компенсаторно большее развитие правого полушария — «тестостероновая гипотеза» [Geschwind N., Galaburda A.M., 1985], а у женщин, напротив, — большее торможение роста правого полушария и развитие «левополушарной» доминантности.

По данным И.И. Батамирова и др. (1997), статистически достоверное накопление признаков левшества и симметрии обнаруживается в группе лиц с аномальным сексуальным поведением, причем наиболее оно выражено в группе эксгибиционистов, наименее — у лиц с педофилией. В сопоставлении с результатами нейропсихологического обследования можно говорить, что признаки левшества и выраженность правополушарной дисфункции в группе лиц с парафилиями взаимозависимы. При анализе связи между степенью недостаточности различных нейропсихологических факторов и степенью расстройств половой идентичности была выявлена положительная корреляция между выраженностью феноменов, свидетельствующих о дефиците межполушарных взаимодействий (IНС), и увеличением степени расстройств половой идентичности. Авторы считают, что имеется достаточно оснований говорить об определенной нейропсихологической картине органического поражения мозга при аномальном сексуальном поведении, ведущим компонентом которой является правополушарная недостаточность.

Функциональная асимметрия мозга и клиническая картина парафилий. В литературе имеются данные, позволяющие провести определенные параллели между клиническими феноменами парафилий и функциональной асимметрией мозга. Выделяют ряд основных клинических феноменов, встречающихся у лиц с парафилиями [Ткаченко А.А., 1994], каждый из которых позволяет сформулировать гипотезы о характере нарушений мозговой деятельности при парафилиях.

Аутизм, по мнению В.Е. Кагана (1981), обусловлен гипоактивацией правого полушария и представляет собой своеобразный вариант дизонтогенеза. Одной из характерных черт аутизма является нарушение способности к «эмпатии». Последнее понятие Е.Я. Бассин [1987; цит. по Брагиной Н.Н., Доброхотовой Т.А., 1988] считает тождественным понятию «идентификации» и расценивает его как функцию правого полушария. Как отмечалось в главе 5, для лиц с парафилиями характерны нарушения импрессивной, субъективной и экспрессивной аспектов эмоциональной сферы. Известно, что функции лицевого гнозиса, восприятия эмоционального выражения тесно взаимосвязаны с деятельностью правого полушария [Лурия А.Р., 1969, 1973; Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992; Деглин В.Л., 1996, и др.].

Дисморфофобии (дисморфомании). В основе подобных феноменов, как представляется, лежат функциональные, транзиторные, обычно зависящие от возраста нарушения схемы тела. Как известно, в клинической картине локальных поражений мозга может наблюдаться широкий спектр различной степени выраженности нарушений анализа информации, которую субъект получает от своего собственного тела. Нарушения схемы тела наблюдаются чаще при поражениях правого полушария и коррелируют с левым перцептуальным пространством, причем больше у мужчин, чем у женщин [Fischer S., Greenberg K., 1979].

Одним из феноменов психопатологии парафилий является ***патологическое фантазирование***, которое, будучи потоком образов, по-видимому, обусловлено действием механизмов симультанной обработки информации (правое полушарие). Патологическое фантазирование с аутохтонностью, насильственностью, неодолимостью наплыва зрительных образов можно рассматривать как своеобразное трансовое состояние, возникающее по механизму самоиндукции. J. Grinder, R. Bandler (1978) считают, что развитие трансовых состояний обусловлено деятельностью недоминантного (правого) полушария, которая, в частности, проявляется в появлении визуальной репрезентации (зрительных образов) и непроизвольных движениях левой половины тела. Если при аутизме, как отмечает В.Е. Каган (1981), подростковая мастурбация окрашена сексуальными, преимущественно вербальными, фантазиями, то при парафилиях фантазирование носит преимущественно визуальный характер. Можно предполагать, что в нейрофизиологическом аспекте эта разница обусловлена гиперактивацией правого полушария, характерной для лиц с парафилиями. В дальнейшем развитии патологическое фантазирование в соответствии с изменением соотношения временных периодов сознания (прошлого, настоящего, будущего) распадается на феномены перцепторного предвосхищения и воспоминания, сходные с описанными у левшей [Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1993], или на фоне постоянных выраженных флюктуаций сознания стирается ощущение различий явлений психической реальности и физической жизни.

Одним из основных критериев девиантного сексуального поведения является его ***стереотипный, клишированный*** характер, что вызвано негибкостью реализуемых готовых программ действий, определенной независимостью поведения от изменяющихся условий внешней ситуации. С позиции классической нейропсихологии функционирование лобных долей мозга, прежде всего конвекситальных отделов, связывается с пластичностью поведения, его произвольной регуляцией, с программированием и контролем за деятельностью в соответствии с изменяющимися условиями окружения [Прибрам К., 1966; Лурия А.Р., 1969, 1973; Хомская Е.Д., 1972, 1987]. Вместе с тем существует мнение, что актуализация закрепленных автоматизированных, непроизвольных действий на основе сложившихся программ обу-

словлена деятельностью правого полушария головного мозга, тогда как левое полушарие ответственно за реализацию произвольной деятельности, построение новых программ поведения в динамичной внешней среде. Так, при всех видах психической деятельности ее новизна сопровождается преимущественной активацией лобных областей левого полушария, а по мере перехода к привычным операциям начинает преобладать активация задних отделов правого полушария [Симонов П.В., 1993].

Одним из вариантов искажения уровневой структуры действия [Бернштейн Н.А., 1966] Г.В. Залевский (1993) считает феномен, при котором средства сращиваются с целью и подавляют ее, выбираются привычные, автоматизированные, ранее эффективные средства. В этом случае фиксированным элементом структуры действия выступает уровень средств. В психопатологии это проявляется в виде стереотипных действий. По мнению Т.Д. Лоскутовой (1982), при смещении мотива на цель, что является характерным для случаев, когда сама стереотипная активность (например, сексуальная) становится целью поведения, наблюдается относительное усиление функций левого полушария (височной и нижнетеменной зон).

Анализируя возможное нарушение отношений между уровнями действия, Г.В. Залевский (1993) описывает вариант, когда уровень цели, трансформируясь, опускается до уровня средств, как бы подменяя его. Цель в этом случае выступает как фиксированный элемент структуры действия, становится самоцелью. Эта структура может упрощаться — от перебора многих средств при одной цели до соотношения: одна цель — одно средство (***сверхценные идеи, аддиктивное поведение***). При поражении правого миндалевидного комплекса и гиппокампа (т.е. сохранных левых) отмечается преобладание мотивации, направленной на достижение и обладание целевым объектом в отличие от сохранения и удержания при поражении левых аналогичных структур [Малорский С.В., 1982], что может служить основой для возникновения сверхценности.

Важным критерием аномальности сексуального влечения являются ***насильственность, неодолимость или отчуждение*** девиантных переживаний и побуждений. По данным В.М. Смирнова (1976), подобные переживания характерны для артифициальных психических состояний, возникающих при электростимуляции структур лимбической системы, диэнцефальных структур, которым присущи эмоционально напряженная целенаправленная активность и снижение контроля со стороны личности с открытым проявлением элементов полового, агрессивного, оборонительного поведения, подавляемых в нормальном состоянии. По мнению автора, такие состояния, характеризующиеся переживанием неуправляемости, непроизвольности текущих психических процессов, по сути являются сложными психическими автоматизмами, в основе которых лежит временная дезорганизация механизмов саморегуляции мозга, поддерживающих стабильность режимов его работы. Возможность актуализации подобных феноменов обусловлена наличием или созданием условий для относительно изолированной активности определенных мозговых структур, функциональных систем, которая реализуется вне целостной деятельности мозга по обработке текущей информации и формированию адаптивного поведения и приводит к его дезорганизации и реорганизации.

Как известно, переживание насильственности, чуждости, неодолимости девиантных побуждений в сочетании с борьбой мотивов характерно для ***эгодистонических форм*** парафилии. Однако по мере развития перверсного синдрома, на более поздних стадиях формирования парафилии нередко наблюдается переход к ***эгосинтонической форме***. Возможно, что механизм

этих изменений аналогичен динамике отношения к явлениям сенсорного психического автоматизма, описанной в работе В.М. Смирнова (1976). Так, автор отмечает, что при многократных появлениях одного и того же феномена он может оцениваться и интерпретироваться на различных уровнях психической деятельности. С помощью категоризации происходит постепенное «присвоение» личностью ранее чуждого ей феномена. При этом переживания неуправляемости, насильственности данного психического автоматизма отходят на второй план, игнорируются личностью, а преобразованный феномен включается в психическую деятельность.

Значительное место в клинической картине парафилий занимают ***расстройства и искажения восприятия***, среди которых выделяют пароксизмальное изменение восприятия пространства и времени, феномены «уже виденного» и «никогда не виденного». Данные нарушения часто наблюдаются при очаговой патологии правого полушария, правосторонней височной локализации эпилептогенной активности и значительно реже при поражении левого полушария [Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977, 1993].

К проявлениям ***амбитендентности*** относится часто наблюдаемое у лиц с парафилиями сочетание аутоагрессии (нанесение самоповреждений) и агрессии и, как частный случай, садистических и мазохистических тенденций. Другой вариант отмечается при обсессивно-компульсивном характере аномального сексуального влечения.

О роли взаимоотношений мозговых полушарий заставляет задуматься и феномен склонности стереотипов к «перевертышам». В некоторых клинических наблюдениях очевидно сочетание «комплекса Мадонны» (преклонение перед женщиной) в обычном состоянии сознания с садистическим поведением, вплоть до убийства, при правонарушении, что, на наш взгляд, может быть интерпретировано как своеобразное проявление «психической зеркальности» или как «воспроизведение несвойственного больному варианта поведения» (по формулировке Т.А. Доброхотовой, Н.Н. Брагиной). По-видимому, содержательно оно формируется по механизму отвергания конфликтной ситуации («негативные реальные действия» — по Иванову-Смоленскому А.Г., 1974). Второй феномен того же ряда — несогласованные движения рук. В одном из наблюдений испытуемый одной рукой хватал, другой — отталкивал жертву, то ругая ее за то, что она так поздно ходит одна, то угрожая изнасилованием.

Деперсонификация объекта — феномен, когда объект сексуального влечения обезличивается, служит только стимулом для запуска фантазирования или поведения. В ее основе, возможно, также лежат когнитивные нарушения, прежде всего восприятия (неразличение эмоций, о котором говорилось выше, трудности определения возраста и даже пола объекта). Схожие нарушения описаны у гомосексуальных лиц [Кудрявцев И.А., Симоненкова М.Б., Дозорцева Е.Г., 1990]. Можно предполагать участие в генезе данного феномена височной доли правого полушария, в которой у приматов обнаружены группы высокоспециализированных нейронов, отвечающих за лицевой гнозис.

Некоторые исследователи указывают на преобладание у большинства лиц с аномальным сексуальным поведением в структуре ***аффективных нарушений*** *дистимических, субдепрессивных, генерализованных тревожных расстройств, иногда сочетающихся с дисфориями* [Смирнова Л.К., Ушакова И.М., Николаева Т.Н., 1991; Coleman E. et al., 1992]. Как известно, подобные нарушения могут быть обусловлены патологически повышенной активацией правого полушария или же недостаточной активацией левого. Важно, что при расстройствах депрессивного характера выявляется дисба-

ланс степени активации полушарий — с преобладанием активации правого полушария и некоторым общим снижением активации обоих полушарий по сравнению с нормой [Деглин В.Л., 1996].

Особенностью эмоциональных состояний у лиц с парафилиями является феномен сплавления эмоций и переживаний, отношение которых в норме носит реципрокный характер, например возникновение *эмоций-микстов*. Нейрофизиологическая база формирования последних может быть связана с поражением миндалины, отвечающей за «взвешивание конкурирующих эмоций». Подобные феномены могут быть обусловлены особенностями мозговой организации психических функций, при которых возникает элиминация расстояния между не взаимодействующими в норме мозговыми факторами [Семенович А.В., 1991].

К этому же ряду феноменов относится *эмоциональная амбивалентность*. Подобный феномен наряду с формированием эмоций-микстов описан при истерических неврозах [Марута Н.А., 1992]. Для лиц с парафилиями характерной является, например, амбивалентная окрашенность образа женщины.

Другим феноменом измененности эмоциональной сферы является *рассогласование вегетативных, поведенческих и субъективных (в смысле переживаний) эмоциональных компонентов* (например, страх, агрессия, сексуальное удовлетворение), что, по-видимому, связано с патологией гипоталамуса, который принимает участие в интеграции перечисленных составляющих в поведенческом акте. Рассогласование между субъективными переживаниями и вегетативной основой эмоций (отсутствие удовлетворения при переживании оргазма) может также быть результатом изменения корково-подкорковых отношений или обусловлено определенной автономностью мозговых факторов, функционально зависимых в норме. Характерно наличие трудностей вербального описания собственных эмоциональных состояний. Некоторые авторы полагают, что в основе ***алекситимии*** лежит недостаточность межполушарных взаимодействий [Garran E. et al., 1996].

Как отмечалось в главе 5, клинический опыт работы с лицами с парафилиями позволяет заметить, что для части таких индивидов характерны выраженные ***флюктуации сознания*** [Ясперс К., 1997]. Подобные явления, видимо, свидетельствуют о повышенной уязвимости состояния сознания у лиц с парафилиями, которая проявляется в ситуациях, непатогенных для большинства людей. М.А. Мелик-Пашаян (1966) считала, что в основе нарушений ясности сознания лежит функциональная диссоциация коры мозга (лоб—затылок, правое—левое полушария, кора—подкорка).

Л.Р. Зенков (1994) считает, что в мезодиэнцефальной области находится система осознавания, которая независима от системы общей активизации и поддержания бодрствования; она инактивна при функционировании последней, но обеспечивает сложные формы поведения при отсутствии сознания, причем осознание левополушарных процессов построено по принципу «все или ничего», правополушарных же — ограниченно, подвижно, текуче, континуально. По-видимому, этим может объясняться плохая вербализация переживаний у лиц с парафилиями, что феноменологически сходно с алекситимией. «Правополушарность» сознания у лиц с парафилиями, возможно, лежит в основе уже упоминавшихся его флюктуаций.

Важной особенностью сознания лиц с аномальным сексуальным поведением представляется ***диссоциативность***. В качестве дизонтогенетического механизма диссоциации выступает асинхрония развития. «Разновозрастность» мозговых функций, по-видимому, приводит к недостаточной их интеграции и разной степени участия в обеспечении целостной психической деятельности.

Нейрофизиологическим механизмом диссоциации являются нарушения взаимодействия различных областей мозга, прежде всего изменения межполушарных и корково-подкорковых взаимоотношений. Т.А. Доброхотова, Н.Н. Брагина (1994), описывая особенности психопатологической симптоматики у левшей, отмечают, что в отличие от правшей у них нет разделения психомоторной и психосенсорной сфер, не соблюдается временная последовательность переживаний, могут повторяться переживания, возможно, с другой эмоциональной окраской. Чередование психосенсорных феноменов в форме перцепторных воспоминаний и феноменов предвосхищения и психомоторных феноменов, наблюдающееся в некоторых случаях у лиц с парафилиями, может свидетельствовать о функциональной разобщенности полушарий.

Анализ клинико-психопатологической феноменологии парафилий в сопоставлении с проявлениями подобных феноменов в клинической картине локальных поражений позволяет предположить, что они обусловлены дисфункциональным состоянием преимущественно правополушарных структур, прежде всего височных и лобных отделов коры во взаимодействии с подкорковыми образованиями и дефицитом межполушарных взаимодействий.

Таким образом, в литературе приводится множество фактов поражений различных структур мозга, которые приводят к изменению нормального формирования и реализации сексуальных функций и сексуального поведения; имеются сведения об определенной специфике функционирования мозга и церебральной организации психических процессов у лиц с девиантным сексуальным поведением, факты, свидетельствующие о дизонтогенетической обусловленности подобных нарушений.

Обобщая вышеизложенное, можно сформулировать гипотезу патогенеза нарушений половой идентичности и парафилий в аспекте взаимоотношений полушарий мозга и корково-подкорковых образований. Аутизм и парааутистические образования в детстве отражают изменения межполушарных отношений в виде дефицита функций правого полушария, а также слабости связей «кора—подкорка», что нейропсихологически проявляется в нарушении избирательности высших психических функций, а клинически — во флюктуациях сознания с легкостью регрессии восприятия и поведения. Развивающиеся в дальнейшем феномены патологического фантазирования и дисморфофобические (дисморфоманические) нарушения могут являться следствием гиперактивации правого полушария или угнетения функций левого, в то время как сверхценности, видимо, обусловлены гиперактивацией левого полушария. Нарушения половой идентичности, представляя собой различные сочетания искажений физического и психического «Я», а также диссоциативные расстройства и алекситимия отражают нарушения межполушарных отношений. Нарушения восприятия объекта и эмоциональной сферы представляются связанными прежде всего с патологией правого полушария, а автоматизированность, стереотипность, символизм сексуальных действий — с патологией левого полушария. Таким образом, роль парафильного поведения можно интерпретировать как компенсаторную. Являясь на клиническом уровне механизмом эмоциональной саморегуляции, оно временно восстанавливает, пусть на более низком уровне, интегративную деятельность мозга.

О влиянии функциональной асимметрии мозга на клинические проявления аномального сексуального поведения свидетельствует следующий пример полиморфного парафильного синдрома у левши.

Испытуемый Г., 32 лет. Обвинялся в развратных действиях и актах мужеложества по отношению к несовершеннолетним мальчикам. При обследовании в Центре установлено следующее. О наследственности данных нет, переученный левша. Беременность у матери протекала с токсикозом первой половины. Отмечались снохождение, ночной энурез до 8 лет, детские инфекции, простуды, пневмония. Рос физически слабым, читать научился еще до школы. Любил уходить в лес, быть один. В детстве был обидчивым, легко ранимым, мог «закатить истерику», все бросить и убежать. Друзей никогда не было, только «приятели». В 7 лет была подружка. Когда их застал отец, то избил его, хотя он с ней просто разговаривал. С 8—9 лет нравилось вешать кошек, бросать камни в собак, позже стал вешать и собак, при этом ощущал удовлетворение. Однажды выбросил кошку с 12-го этажа, пошел добивать ногой, зрелище «вывороченных мозгов» доставило удовольствие. До сих пор любит играть в солдатиков, лепит их из глины, разыгрывает сражения, играет со спичками — красит их в разные цвета, ломает. Мать «не замечал», к отцу до 11—12 лет относился хорошо, затем стал ненавидеть его за то, что он бил его за плохую учебу, закрывал в туалете, гасил свет. До школы в основном жил у бабушки — к ней относился хорошо. Учился посредственно, часто прогуливал. Нравились русский язык, литература, писал стихи. Выщипывал волосы на лобке, так как не нравилась «волосатость». После 20 лет не мог смотреть на свое отражение в зеркале, не нравилась внешность, взгляд — «чужие глаза». Взрослым был высокомерным, лживым, грубым с родителями, к работе относился посредственно. При виде своей крови ощущал непонятное возбуждение и страх, чужая же кровь «притягивала». В 1989 г. нанес себе самопорезы правой руки, боли не чувствовал, потом испытывал гордость, что выдержал это. Считает, что кисти рук у него не чувствуют боли. Умеет готовить, шить. Сшил себе сумку, кисет. Из раннего детства помнит два эпизода: когда солдаты бегали мимо, кидал им на бегу яблоки; однажды купался голым в пруду, увидел двух солдат (они его не видели), чего-то испугался и убежал, «побоялся, что они со мной что-нибудь сделают».

Сексологический анамнез. В 5—6-м классе нравилась девочка из-за «красивого лица». С 12 лет стал представлять себе другую семью — других родителей, много братьев-ровесников, сестру на 5—6 лет старше — «злую», которая заставляла его с целью унизить надевать женское белье, била; при этих фантазиях появились первые эрекции. Мастурбация с 12 лет, перед зеркалом в нижнем белье «катал член в руках»; после того как увидел мастурбацию в фильме, стал подражать. Затем для усиления ощущений стал одевать трусы, колготки, платья матери, смотрел на себя в зеркало, очень нравился себе, отмечались сильные эрекции, прорезал для этого дырку в трусах и колготах, мастурбировал. Потом стал ложиться на пол в женском платье, представлял, будто воображаемая старшая сестра мастурбирует его, при этом онанировал до эякуляции. Затем стал представлять, как она издевается, избивает его братьев-ровесников, которым придумывал имена, биографии. Собирал картинки с обнаженными детьми и подростками-мальчиками: критерием отбора было лицо, хотя не может описать, какое именно ему нравилось. Также не может описать внешность идеального сексуального партнера. Отобрав картинки, комплектовал «семью», давал всем имена, придумывал биографии, иногда (уже после 20 лет) 2—3 персонажа были «сестры»; представлял, как их бьет старшая сестра; при этом видел себя со стороны. Картинки с понравившимся телом переделал — вырезал голову и приклеил свою, в таком виде включил в фантазии. Позже стал представлять себе приют для детей-бомжей, где начальник — взрослый мужчина — издевается над детьми, принуждает их к фелляции и анальному коитусу, избивает их; иногда среди его жертв представлял и себя. Особенно возбуждали сцены, когда видел мальчиков сбоку, вид полового члена и ягодиц возбуждал слабо. Стал стегать себя ремнем для усиления возбуждения, затем в фантазиях стегал других мальчиков. Хранил картинки под ковриком в туалете, где смотрел на них, вспоминал их «историю», представлял их тела без лиц, при этом онанировал. С 18 лет стал записывать свои впечатления от мастурбации с картинками, при перечитывании записей перед глазами возникали зрительные образы-воспоминания, при этом мастурбировал. С 21 года стал представлять себе насильственную фелляцию и анальный коитус с мальчиками, сопровождавшиеся угрозами и запугиванием, обычно в тем-

ноте, лиц не различал, только тела, иногда сам был в роли жертвы. Последние полгода в фантазиях пил кровь из прокушенного предплечья мальчика. Первая эякуляция в 12 лет при мастурбации в женской одежде перед зеркалом. Максимальный эксцесс при мастурбации — 4, в 21 год. В 12 лет подросток старше на 4 года пытался совершить с ним анальный коитус, но не сумел ввести половой член в задний проход, совершал фрикции между бедер до эякуляции. Осталось воспоминание об унижении, «было противно». В 16 лет «осознал» влечение к мальчикам, однако ни к кому не испытывал чувства нежности, стремления заботиться или обратить на себя внимание. Даже к первому партнеру, с которым поддерживал отношения в течение 2 лет, никаких чувств не испытывал: давал деньги на водку, никогда не было стремления обнять, поцеловать — «зачем?». Несколько раз, после команды голоса «двенадцатилетнего "Я"», знакомился с женщинами, пытался ухаживать за ними, покупал цветы, но когда «приходил в себя» через 2—3 дня, не понимал, зачем ему это было надо, хотя в памяти сохранялось желание понравиться, и т.п. Половые контакты с женщинами отрицал. Реальные сексуальные действия начал с 21 года — знакомился с детьми, разглядывал их, старался запомнить внешность (без лица), затем онанировал дома при воспоминаниях. Позже появилось стремление трогать их половые органы. Запугивал, угрожал ножом, затаскивал жертвы в подвал, мастурбировал их; при этом реакция мальчика его не интересовала. Отмечал, что если смотрел мальчику в глаза, то пропадали сексуальное возбуждение и эрекция; старался не смотреть на лицо. Заставлял совершать у него на глазах взаимную феллящию, позже — анальный коитус. В 1992 г. «перестал сдерживаться и бороться с собой», начал заманивать сам или с помощью других мальчиков жертв в подвал, где при свете фонарика проводил сексуальные контакты с 12—13-летними мальчиками. Сначала выяснял возраст, имя, адрес, все это заносил в записную книжку, потом, перечитывая ее, вызывал у себя образы тел этих мальчиков и мастурбировал до эякуляции. Заставлял их «выбирать» — тянуть спички и получать наказание за то, что они ходят по подвалам — удары по ягодицам, феллящию или анальный коитус. Когда один из них выбрал побои, избил его, но удовольствие от этого было слабым. Затем стал заставлять их сосать свой половой член, пытался ввести им член в задний проход. При анальном коитусе эякуляции ни разу не достиг, при феллящии — 1—2 раза из всех многочисленных контактов. Эякуляции добивался либо при онанизме (1 раз, когда его мастурбировал мальчик), при этом ставил 2—3 мальчиков в профиль, либо при мастурбации дома после очередного эпизода в подвале при воспоминаниях об этом. Пытался мастурбировать мальчиков, но это его возбуждало слабо.

Психический статус. Поза закрытая, ноги скрещивает, жестикуляция симметричная; когда говорил о мальчиках, жестикулировал только левой рукой. Мимика бедная, неадекватно гримасничал, в основном левой половиной лица. Обнаженно, охотно описывал сексуальные подробности, при этом отмечалось невербальное оживление. Голос маломодулированный, мышление непоследовательное, обстоятельное. Настроение с оттенком эйфории. Суждения конкретные, примитивные. Слышит голос своего «двенадцатилетнего "Я"» — он появляется в основном при оргазме — в течение 5—6 с и осуждает его за онанизм. Иногда этот голос внезапно отдавал ему команды, которым он не мог сопротивляться (ухаживать за женщиной, уехать в деревню) и выполнял их. Эти периоды не амнезировал, через 2—3 дня «приходил в себя», не понимая, зачем он это делал, и возобновлял прежнее поведение.

Неврологический статус. Ослаблена конвергенция с обеих сторон, больше слева. Сглажена левая носогубная складка, девиация языка вправо. Рефлексы высокие, зоны расширены.

Соматический статус. Правильного телосложения, оволосение лобка по мужскому типу. Внутренние органы без видимой патологии.

Половая конституция: 1—6, 2—7, 3—4, 4—4, 5—4; Кг = 5,25; Ка = 4; Кф = 5; Ка/Кг = 0,76; ТИ = 1,92; индекс Таннера = 82; РЕ = 104,6.

Нейропсихологическое исследование. Состояние основных высших психических функций характеризуется легкой и средней степенью нарушений одних составляющих при относительной сохранности других. Так, в сфере мнестических процессов

наиболее дефицитарным являлся механизм избирательности следов, что в слухоречевой памяти было выражено больше при отсроченном восприятии материала в виде множественных привнесений из предыдуших проб, воспроизведения непредъявлявшихся слов, нарушения порядка элементов. В зрительной памяти эти нарушения были связаны с устойчивыми ошибками пространственной ориентации фигур при непосредственном восприятии материала. В оптико-пространственной деятельности наиболее нарушенными явились координатные, метрические представления. Наблюдалась и некоторая недостаточность структурно-топологических и проекционных представлений, при этом значительные трудности вызывало копирование куба левой рукой. Выявлена тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля. В сфере двигательных функций наиболее выраженными были нарушения двигательного праксиса. В счетных операциях отмечались упрощение программы действий, персевераторные ошибки, ошибки, вызванные недостаточностью оперативной памяти и колебаниями внимания. В графических пробах наблюдались пропуск букв, разорванность написания и легкая тенденция к персевераторному повторению элементов. Отмечался феномен зеркального письма. Профиль функциональной асимметрии: $К_{пр} = -55$, ведущая нога — правая, ведущий глаз — левый, $К_{пу} = -43$.

Заключение. Наблюдаемые нарушения могут свидетельствовать о функциональной недостаточности медиобазальных лобных и височных отделов с правополушарным акцентом. Вместе с тем ряд патологических феноменов является характерным для лиц с левшеством. Предположение о латерализации нарушений связано с определенной долей условности, так как нельзя не учитывать особенности мозговой организации по левшескому типу.

Диагноз: полиморфный парафильный синдром (садомазохизм, аутоэротизм, гомосексуальная эфебофилия); преждевременное психосексуальное развитие; шизофрения на органически неполноценной почве; двойная личность.

Особенности данного клинического примера, в основном такие, как необычная полиморфность симптоматики, сценоподобность патологического фантазирования с представленностью в нем всех модальностей, осознавание с хорошей вербализацией подробностей своих переживаний, феномен двойной личности, видимо, обусловлены прежде всего необычной мозговой организацией испытуемого.

8.2. Методология нейропсихологического исследования

8.2.1. Особенности изучаемого контингента и экспертной ситуации

Отсутствие у обследованного контингента испытуемых четких локальных поражений мозга в сочетании с анамнестическими данными о пренатальной и ранней постнатальной патологии позволяет предполагать, что наблюдаемые нарушения являются следствием функциональной недостаточности определенных церебральных структур, обусловленной специфическими вариантами дизонтогенетического развития функциональных систем головного мозга.

При исследовании этих испытуемых, у большинства из которых не были выявлены текущий органический процесс или последствия локального поражения головного мозга, а зарегистрировалось лишь некоторое дисфункциональное состояние его образований, проявляющееся в изменении протекания психических процессов (по отношении к норме). Установлено, что недостаточность определенных факторов приводит лишь к нарушению некоторых функций наряду с сохранностью других.

Необходимо также учитывать возможность симуляции и другого влияния экспертной ситуации (чаще всего развитие депрессивных состояний), а также психофармакологической терапии на нейропсихологический статус испытуемых. Все вышеперечисленные факторы делают в перспективе необходимыми сенсибилизацию и модификацию уже существующих, а также разработку новых методов исследования.

8.2.2. Методологические основы нейропсихологического исследования

Адекватным подходом к исследованию особенностей мозговой организации психических процессов и состояния основных высших психических функций являются комплексное нейропсихологическое обследование с использованием набора функциональных проб, направленных на изучение различных видов и уровней психической деятельности, анализ полученных данных на основе концепции системной динамической локализации функций с выделением ведущих дефицитарных факторов.

Применяемые в лаборатории судебной сексологии методики основывались на традиционной схеме нейропсихологического исследования по А.Р. Лурия (1969), с незначительными адаптациями и дополнениями.

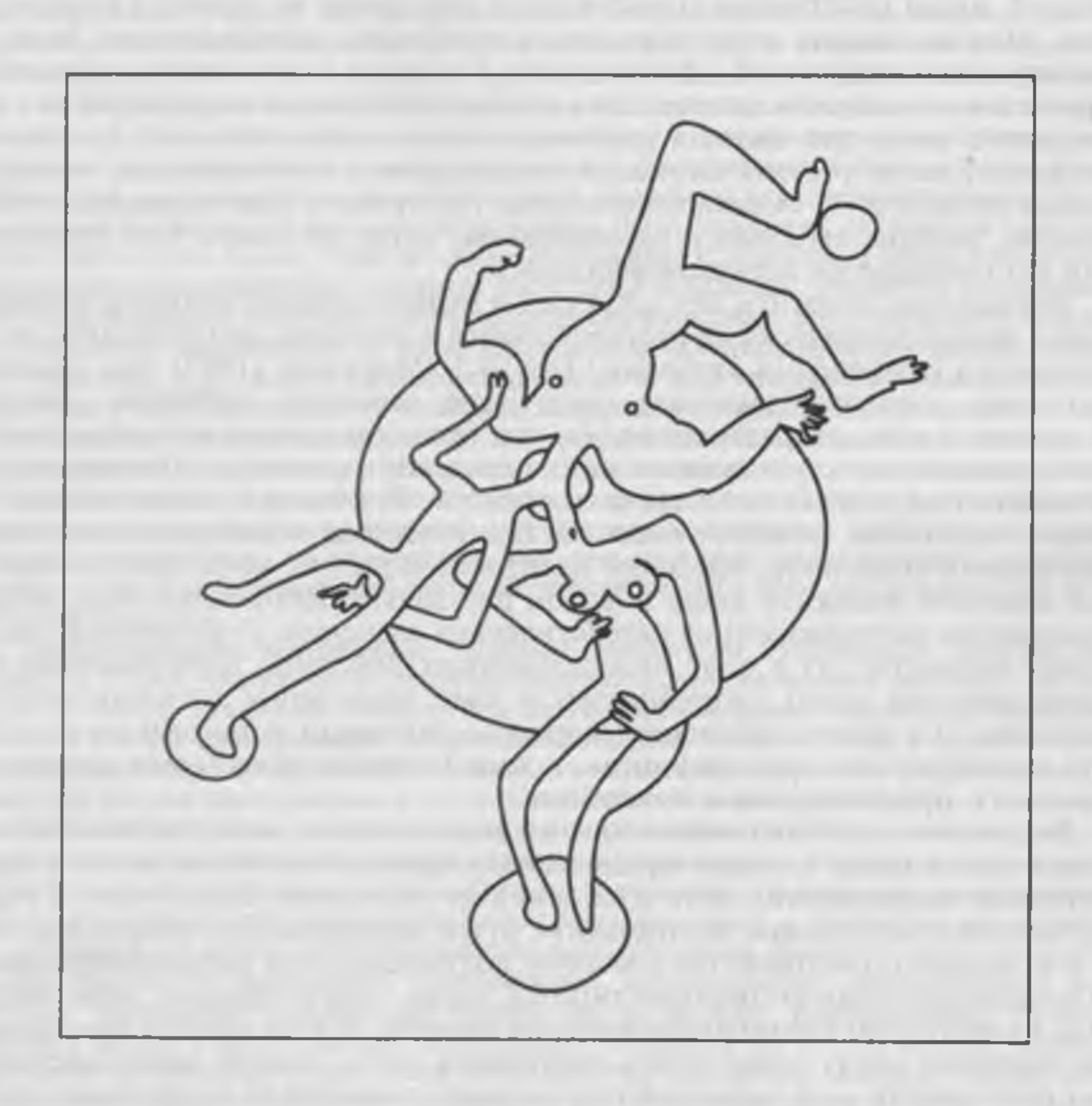
Основой для количественной системы оценок выполнения экспериментальных проб могут служить нормативные данные, а также критерии, разработанные в Лаборатории нейропсихологии (под руководством Л.И. Московичюте) Института нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко. При исследовании мнестических процессов возможно использование системы баллов, изложенной в методических рекомендациях по количественной оценке нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных [Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л., 1982].

Качественный анализ получаемых результатов должен предполагать выделение ведущих нарушений (симптомокомплексов) и учет сохранных функций. Получаемый профиль состояния основных психических процессов в сопоставлении с современными представлениями о системной локализации функций (основными данными о нарушениях при локальных поражениях мозга) позволяет говорить о дисфункциях тех или иных структур мозга, высказывать предположения о латеральных акцентах нарушений, судить о состоянии межполушарных и подкорково-корковых взаимодействий.

Для более адекватного анализа собственно церебральных факторов и особенностей мозговой организации психических процессов у испытуемых целесообразна оценка степени представленности в структуре нарушений следующих симптомокомплексов (макрофакторов): нарушений, патогномоничных для дисфункции правого полушария головного мозга (D), нарушений левополушарных факторов (S), феноменов, связанных с недостаточностью подкорково-корковых взаимодействий (SC-C), межполушарных взаимодействий (IHC) и передних отделов головного мозга (F). Все они должны оцениваться в каждом конкретном случае с акцентом не на выраженности отдельных симптомов или патологических феноменов, а на их соотношении в структуре нарушений и на том, насколько полно представлен комплекс нарушений, патогномоничных для дисфункционального состояния того или иного из выделенных мозговых макрофакторов.

Часть III

Частная судебная сексология



Глава 9

Сексологическая экспертиза обвиняемых в несексуальных преступлениях

Сексологическое исследование приобретает значение в некоторых ситуациях, когда собственно криминальное поведение не является сексуальным. Можно назвать несколько таких вариантов, определяющих цели и тактику сексологического обследования: 1) оценка места сексуальных расстройств в целостной клинической картине психических нарушений как их составной части для анализа глубины психической патологии; 2) оценка предполагаемого участия аномалий сексуальности в механизмах несексуальных деликтов; 3) оценка сексуальных расстройств при аномальном поведении, внешне сходным с парафильным, когда на самом деле девиантный акт оказывается псевдопарафильным.

Необходимо отметить, что сложный и неоднозначный характер взаимосвязей между психическими расстройствами и деликтом неоднократно подчеркивался различными авторами. Так, И.Г. Морозова (1992) при анализе патологии влечений выделила следующие варианты подобных связей: 1) прямую связь, подразумевающую, что правонарушение явилось следствием стремления к реализации патологического влечения. Причем здесь возможно подразделение на связь: а) простую; б) сложную, когда патологическая мотивация является лишь частью сложного комплекса различных побуждений (например, бредовые идеи) и в) скрытую, когда противоправные действия являются лишь поводом для дальнейшего поведения, непосредственно вытекающего из патологических влечений; 2) косвенную связь в двух вариантах: а) в виде опосредованных действий, направленных на удовлетворение своих потребностей в ходе реализации патологического влечения; б) в виде «деформации морально-этических установок» в результате своеобразного «аутотренинга», в ходе которого облегчается принятие решения о противоправном поведении.

Выделение подобных моделей, как представляется, может приближать к непосредственному анализу юридического критерия невменяемости (ограниченной вменяемости), хотя и не заменяет его оценку полностью. В ряде случаев сексологическое исследование путем верификации предполагаемого сексуального расстройства способно подтвердить или опровергнуть одну из клинических или экспертных гипотез, играя, таким образом, подсобную роль в собственно психопатологическом анализе. В этом смысле юридическое значение могут приобретать нарушения всего спектра психосексуальных расстройств — от аномалий сексуального развития до функциональных и поведенческих вариантов сексуальной патологии.

9.1. Нарушения копулятивного цикла

Нарушения копулятивного цикла сравнительно редко становятся предметом отдельного экспертного анализа. Обычно они характеризуют экспертную ситуацию, связанную с определением способности к поло-

вому акту в случаях обвинения в сексуальных преступлениях, о чем упоминалось ранее. Вместе с тем практика показывает, что расстройства данного спектра могут приобретать юридическое значение и в других ситуациях.

М., 22 лет, обвинявшийся в приобретении и хранении наркотических средств.

По характеру формировался спокойным, общительным, «привязчивым». В возрасте 21 года стал встречаться с девушкой, на которой собирался жениться, однако вскоре после ссоры они расстались. Очень переживал случившееся, так как с ней связывал свою будущую судьбу, был к ней очень привязан. Настроение в тот период было подавленным, жизнь казалась бесперспективной. По поводу своего состояния обратился к врачу. Из представленной амбулаторной карты следует, что на приеме он предъявлял жалобы на плохое самочувствие, в связи с чем употреблял транквилизаторы по рекомендации приятеля. Сообщил, что после «психотравмы» стал более раздражительным, нарушились сон, аппетит, «потерял интерес к окружающему». Был установлен диагноз неврастении с депрессивным синдромом, назначены транквилизаторы и антидепрессанты. На повторном приеме через 2 мес продолжал предъявлять те же жалобы, была проведена психотерапевтическая беседа, рекомендовались занятия аутотренингом, была назначена следующая консультация спустя еще 2 мес. Тогда же ездил на Украину к знахарке, а также рассказал о своем состоянии приятелю, который часто летал в Америку. Приятель посоветовал ему «специальное средство» для улучшения самочувствия, стал принимать «какие-то» таблетки, полученные от него, причем отмечал некоторое улучшение своего самочувствия. Как следует из материалов дела, М. был задержан в одном из клубов, при этом у него оказалось 40 таблеток, содержащих наркотическое средство. При медицинском освидетельствовании его той же ночью признаков употребления одурманивающих веществ не обнаружено. В своих показаниях он категорически отрицал употребление каких-либо наркотических средств и объяснял, что таблетки, купленные им у приятеля, принимал от плохого настроения, слабости, снижения половой активности, не подозревая, что они содержат наркотическое вещество. Вместе с тем подчеркивал, что после их употребления у него наблюдалось улучшение самочувствия.

Сексологическое исследование. Впервые эротически окрашенный интерес появился в 12 лет, однако он не решился подойти к понравившейся девочке — испытывал робость, ухаживать боялся. И в дальнейшем ощущал некоторую неуверенность и боязнь при общении с противоположным полом. Точно указать возраст первой эякуляции затрудняется. Онанизм юношеского возраста отрицает, утверждает, что всегда придерживался достаточно строгих моральных правил. Поллюции впервые в 18 лет, был напуган, частоту их в дальнейшем уточнить не может, всегда сопровождали эротические гетеросексуальные сновидения. Первый половой акт в 19 лет, во время отпуска из армии. Сильно волновался, не знал, что и как именно делать. Оценивает этот свой первый опыт как неудачный — эякуляция не наступила, несмотря на успешную интромиссию и длительность фрикций около 20 мин, а также опытность партнерши, предлагавшей использование разнообразных поз. Первый удавшийся половой акт спустя год (в 20 лет). Последующую половую жизнь в целом считает вполне приемлемой, несмотря на то что иногда обращал внимание на несоответствие своих возможностей описаниям таковых товарищами, утверждавшими, что они могут совершать до 10 половых актов за ночь. У самого первый эксцесс — 3 половых акта — впервые в 21 год. О своей связи в период лета—осени 1994 г. говорит с эмоциональной охваченностью, признается в сохранившемся чувстве к бывшей невесте, говорит о готовности простить ей уход от него и вновь восстановить прежние отношения. Называет ее идеальной партнершей, которая его понимала как никто другой и всегда устраивала в интимном плане. В течение полугода, когда длились их отношения, часто использовали любую возможность для близости, периодически эксцессивную, — до 2—3 раз в сутки. После разрыва в октябре поначалу не мог спать, в течение 3—4 мес испытывал ощущение «пустоты», все окружающее воспринимал как серое, поблекшее, «не было прежнего

задора», не мог думать о будущем, которое представлял только рядом с ней. Испытывал трудности общения с другими девушками, поскольку постоянно вспоминал о невесте, оставался безразличен к ним как к потенциальным сексуальным партнершам, мог воспринимать их лишь «по-человечески», как собеседников, перед которыми мог раскрыться, поделиться своей бедой. Первая попытка близости — через полгода после случившегося, эякуляция произошла после нескольких фрикционных движений. Был крайне разочарован, испытал чувство стыда перед девушкой, в последующем избегал ее и больше никогда с ней не встречался. После нескольких подобных эпизодов стал опасаться повторения неудач, пришел к убеждению, что «все отказало», появились идеи собственной неполноценности, почти смирился с фактом своей никчемности и мужской несостоятельности. Всего за последнее время были однократные неудачные попытки близости с 4 партнершами, ни с одной из них повторных встреч не было. С целью проверки своих способностей стал периодически прибегать к мастурбаторному экспериментированию, которое также не принесло желаемого удовлетворения, поскольку эякуляция, по его мнению, происходила при неполном напряжении полового члена и сопровождалась бледными оргастическими переживаниями. Обратил внимание на урежение утренних эрекций, которые с начала 1995 г. стали появляться не более 2—3 раз в месяц; счел это лишним подтверждением неблагополучия в сексуальной сфере. В последующем был половой акт, оцененный испытуемым как успешный, несмотря на то что он оказался завершенным только через 1,5 ч. Посчитал это эффектом употребления посоветованных другом препаратов. Последний половой акт был 3 нед назад: несмотря на достаточную для интромиссии эрекцию, последняя через 5 мин исчезла, эякуляция не произошла, возбуждение даже после настойчивых ласк партнерши не восстановилось. При объективном обследовании выявлен средний тип половой конституции.

Заключение: тормозной вариант дезинтеграции половой активности вследствие вторичного вовлечения сексуальной сферы в клиническую картину невротического состояния.

На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что у М. в психогенно травмирующей ситуации развилось невротическое состояние депрессивной структуры с последующим вовлечением в клиническую картину первоначально экзальтационных астеноневротических проявлений в виде относительного, а затем и абсолютного ускорения эякуляции в условиях смены сексуального партнера с дальнейшей закономерной сменой данных состояний на тормозные явления с ослаблением всех компонентов копулятивного цикла (снижением полового влечения, задержкой эякуляции, притуплением оргастических переживаний) и приведших в итоге к эрекционным нарушениям, что сопровождалось стойкой вторичной фобической фиксацией на колебаниях сексуальной активности и присоединением невроза ожидания.

Значение подобных исследований психосексуального состояния, конечно, не имеет прямого отношения к традиционным вопросам о вменяемости, однако играет особую роль в квалификации мотивов правонарушения следствием.

9.2. Нарушения половой идентичности

Однако функциональная сексуальная патология занимает в экспертной практике значительно меньшее место по сравнению с различными вариантами нарушения половой идентичности. При сексологической оценке последних первоочередными задачами являются: 1) клинико-дизонтогенетическая квалификация искажений половой идентичности, представляющих континуум от клинически очерченных патологических вариантов, подпадающих под содержащиеся в МКБ-10 критерии, до состояний субклинического уровня, являющихся патогенетической и патопластической базой расстройств, лежащих вне сферы полового самосознания; 2) установление взаимосвязи между выявленными искажениями половой идентичности с ко-

морбидными психическими расстройствами для оценки степени тяжести психопатологического состояния в целом.

Оценка степени тяжести психопатологических расстройств, сопутствующих нарушениям половой идентичности, базируется на известных закономерностях: во-первых, на взаимозависимости психического здоровья и состояния половой идентичности; во-вторых, на психопатологических состояниях, являющихся прямым следствием осознания своей неконвенциональной идентичности.

9.2.1. Основные подходы к проблеме формирования полоролевых качеств личности

Маскулинность/фемининность. В психологии сложилось несколько основных подходов к изучению механизмов полоролевой социализации, особенностей формирования полоролевых предпочтений и некоторых типичных для пола личностных характеристик: традиционная психоаналитическая концепция [Фрейд З., 1989; Хорни К., 1993; Юнг К., 1994], теория социального научения [Bandura A., Walters R., 1965], теория идентификации [Kagan J., 1958], теория когнитивного развития [Kohlberg L., 1966], «новая психология пола» [Bem S., Maccoby E., 1974; Jacklin C., 1974], «многофакторная теория половой идентичности» [Spense J.T., 1993; Koestner R., Aube, 1995].

«Новая психология пола» подвергает критике традиционные теории половых ролей, идущие еще от Фрейда, в связи с тем, что усвоение характерных для пола черт личности и интересов зависит не от врожденных инстинктов и психологических потребностей индивидов быть сохраненными в своей половой идентификации, а от усвоения ребенком в раннем детстве своей половой принадлежности и от социальных ожиданий общества и ближайшего окружения [Maccoby E., Jacklin C., 1974], вследствие чего психологические различия между представителями разных полов не столь велики.

Психологические конструкты «маскулинности» и «фемининности» в этих концепциях соотносятся с понятиями инструментальности и экспрессивности. T. Parsons и R.F. Bales (1955) отличают маскулинные (инструментальные) качества от фемининных (экспрессивных) с помощью мотивационного критерия. Согласно этому принципу, инструментальность проявляется в ориентации личности на достижение целей за пределами непосредственной ситуации межличностного взаимодействия и характеризуется нечувствительностью (невосприимчивостью) к эмоциональным реакциям окружающих; экспрессивность состоит в направлении интересов личности непосредственно на ситуацию межличностного взаимодействия с учетом эмоциональных реакций окружающих.

Маскулинная половая роль, таким образом, включает те типы поведения, которые обычно ожидаются от мужчин для поддержания целевой ориентации и которые отражают невосприимчивость в межличностных контактах. Фемининная же роль включает в себя виды активности, ориентированные на поощрение взаимно полезных качеств в межличностных взаимодействиях. Инструментальная компетентность определяется через уровень достижений, при наличии широты знаемых целей, преимущественно относясь к развитию маскулинной роли. Экспрессивная компетентность определяется в терминах успешности межличностных взаимоотношений, обусловливая развитие фемининной роли.

Таким образом, с изменением системы половых ролей многие традиционные психологические различия между полами, на которых основываются стереотипы маскулинности и фемининности, исчезают или резко уменьшаются, а сами эти образы становятся менее полярными и однозначными, чем раньше. При этом определенные существенные различия в характере деятельности, направленности интересов и протекании психических процессов у мужчин и женщин сохраняются. Соответственно изменяется и содержание категорий маскулинности и фемининности в теоретической психологии. Так, раньше они считались строго дихотомическими, взаимоисключающими, причем каждое отступление от норматива воспринималось как патология или шаг в направлении к ней. Маскулинность и фемининность рассматривались как простой биполярный конструкт. Это означает, что если человек имеет высокие показатели маскулинности, то его показатели фемининности должны быть низки. Такая модель определяется как континуально-альтернативная. В этой модели связь параметров маскулинности и фемининности отрицательна. Затем жесткий нормативизм уступил место идее континуума маскулинно-фемининных свойств. На этой основе западные психологи в 30—60-х годах сконструировали несколько специальных шкал для измерения маскулинности—фемининности (М/Ф) (например, шкала в MMPI). Все эти шкалы предполагают, что индивиды могут различаться в пределах какой-то нормы по степени М/Ф. Однако сами эти свойства представлялись альтернативными, взаимоисключающими: высокая маскулинность должна коррелировать с низкой фемининностью и наоборот (альтернативная модель). Вскоре, однако, выяснилось, что далеко не все психические качества поляризуются на М/Ф. Кроме того, разные шкалы (интеллекта, эмоций, интересов) не совпадают: индивид высокомаскулинный по одним показателям, может быть весьма фемининным по другим [Кон И.С., 1988].

Новые, более совершенные тесты рассматривают М/Ф уже не как альтернативы, полюсы одного и того же континуума, а как независимые измерения. Сравнение показателей одного и того же индивидуума по шкалам М/Ф позволяет вычислить степень его психологической андрогинности (андрогинными считаются индивиды с выраженными маскулинными и фемининными чертами, что позволяет им менее жестко придерживаться полоролевых норм и свободнее переходить от традиционных женских занятий к мужским и т.д.). Так, в опроснике S. Bem (1974) (Bem Sex-Role Inventory) связь между этими параметрами находится в пределах нуля. По данным A. Heilbrun (1981), на крайних полюсах выраженности М- и Ф-показателей между ними существуют отношения взаимоисключения, а при средней выраженности этих показателей между ними возникают отношения взаимонезависимости. Иначе говоря, лишь только для полюсов параметров М/Ф валидна континуально-альтернативная модель, а при их средней выраженности — ортогональная, когда маскулинность и фемининность взаимонезависимы.

В настоящее время исследователи пришли к согласию в том, что психологический пол индивида не ограничивается осознанием себя как представителя определенного пола или выраженностью маскулинности и фемининности. На смену концепциям о независимости полотипических качеств приходят модели, рассматривающие половую идентичность как совокупность множества факторов: полотипических установок, коррелирующего с полом поведения, интересов, физических атрибутов, которые в целом определяют собственно половую идентичность индивидуума [Heilbrun A., 1981; Spence J.T., 1993; Koestner R., Aube J., 1995].

Так, A. Heilbrun (1981) акцентировал внимание на том, что структура психологического пола личности включает в себя не только профиль М/Ф, но представляет собой комплекс различных составляющих: 1) сексуальный пол — биологический пол индивидуума (мужской или женский); 2) половая роль — психологический пол индивидуума (маскулинность или фемининность); 3) сексуально-гендерная идентичность — квалификация кого-либо как биологического мужчину или женщину; 4) полоролевая идентичность — представления о типичности для пола своего поведения или функций, часто выражающиеся как обобщенные суждения о мужественности или женственности; 5) полоролевой стереотип — представления о поведении и функциях, характеризующих мужчин или женщин в данном обществе; 6) полоролевое поведение — отражает поведение индивида в соответствии с социальными стереотипами мужчин или женщин или корреляты этих стереотипов; 7) полоролевые функции — функции мужчин и женщин внутри общества, различающие их; 8) сексуальные предпочтения — высшие ценности индивида в отношении представителя другого биологического пола; 9) полоролевые предпочтения — высшие ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения того или иного пола; 10) сексуально-гендерная идентификация — взаимоисключающие переживания, усиливающие различия между членами предпочитаемого пола; 11) полоролевые корреляты — поведение, соответствующее определенным стереотипам и различающее тем самым два пола; 12) сексуальные корреляты — поведение которое соответствует биологическому полу индивидуума.

J. Spence (1993) также считает, что феномены, относящиеся к психологическому полу, могут быть описаны в категориях: а) половая идентичность (базовое и продолжительное чувство маскулинности или фемининности); б) инструментальные и экспрессивные черты, ассоциирующиеся с традиционными стереотипами мужчины и женщины; в) полоролевые интересы, паттерны поведения и установки; г) сексуальная ориентация.

Подобный подход наиболее близок к разрабатываемым в отечественной психологии концепциям психологического пола. То, каким он будет, зависит и от социальной половой роли — набора предписаний и ожиданий, предъявляемых обществом, оценивающих его половую идентичность (манер общения, эталонов «мужественности» и «женственности» и др.), и от отношения самой личности как к своим индивидным свойствам, связанных с полом, так и к своим социальным половым ролям. Он также зависит от того, какой в совместной деятельности приобретут личностный смысл индивидно-половые особенности личности и социальные стереотипы, предписываемые в культуре [Кон И.С., 1988].

Полоролевые качества и адаптация. В ряде исследований подчеркивается вероятность возникновения нарушений адаптации и саморегуляции при расстройствах половой идентичности. Существуют работы, в которых проводятся параллели между дисгармоничной полоролевой идентичностью и проблемами межличностной адаптации.

Так, по данным В.В. Кришталя (1988), гипермаскулинное поведение характерно для лиц с гипертимными, неустойчивыми и истероидными чертами или с психопатией, гиперфемининное — для лиц с инфантильно-зависимыми, астеноневротическими, психастеническими, сенситивными и истероидными акцентуацией или психопатией. Приводятся данные комплексного исследования двух групп семейных пар с сексуальными расстройствами, которым сопутствовали деформация ролей в семье. Исследование было посвящено выяснению связи между личностными характеристиками и особенностями межличностного взаимодействия, семейных

ролей и «Я-концепций» пациентов и их партнеров. Согласно результатам исследования, у пациентов, чье сексуальное расстройство было обусловлено патологической ролью, «Я-концепция» характеризовалась большей интегрированностью и гармоничностью и также отсутствием характеристик обусловливающих непринятие. В то время как в группе лиц, патологическая роль которых была следствием сексуального расстройства, «Я-концепция» характеризовалась дисгармонией и несогласованностью. «Я-образ» содержал в себе черты, возникшие вследствие эмоциональных реакций отвержения, непринятия. ведущих к формированию межличностной дисгармонии. У пациентов этой группы описанные характеристики были более связаны с сексуальностью и сексуальными переживаниями [Podshivalov K.V., 1997].

Отмечается высокий процент сексуально-психологических дисгармоний и половых расстройств среди молодых семейных пар, где партнеры придерживались традиционных моделей женского и мужского поведения, в то время как мужчины с андрогинными личностными качествами имели по сравнению с высокомаскулинными мужчинами значительно более высокие показатели психологического комфорта в сексуальных отношениях. Женщины же с высокой андрогинностью выступали более синтонно, усиливая слабые стороны своего партнера. Авторы делают вывод, что следование полоролевым стереотипам, которые разграничивают маскулинность и фемининность как две взаимопротивоположные модели полоролевого поведения, оказывает отрицательное влияние на адаптационные возможности психики и поведение мужчины и женщины, вызывает сексуальные дисфункции и дисгармонии. Кроме того, ограничение половых ролей, по мнению авторов, стереотипизированными представлениями общества о норме и отклонениях значительно сужает пути достижения межличностной гармонии, а также самооценку мужчины во всех сферах социального бытия [Ворник Б.М., Говорун Т.В., 1996].

Таким образом, нарушения полового поведения отражаются на дисгармонии в различных сферах — межличностных отношениях, психическом и личностном здоровье индивида. Кроме того, важнейшей составляющей полового поведения, оказывающей существенное влияние на его регулятивные и адаптивные аспекты, является половая идентичность.

Существует направление исследований, в которых нарушение половой идентичности рассматривается в качестве важнейшего предиспозиционного фактора в формировании различных психических и соматических расстройств, а также как фактора риска возникновения состояний психологической дезадаптации. Вопрос о полоролевой концепции поднимался J. Grambs, W. Waetjen (1975) и J. Pleck, J. Sawyer (1974) в отношении многих заболеваний. Именно в таком аспекте ими рассматриваются преобладание алкоголизма, импотенции, стенокардии и других стрессовых расстройств у мужчин как следствия природы мужской инструментальности и подавления чувств нежности. По мнению Т.Л. Бессоновой (1994), фрустрация потребности в «аффилиации» (отражающаяся в низком уровне развития фемининности) ведет к патологической зависимости, симбиотическим отношениям и трудностям контроля пищевого и полового поведения. Показано также, что нарушения полоролевой идентичности могут определять картину заболевания при психических и соматических расстройствах [Каган В.Е., 1991; Rekers G.A., 1995].

В подходах З. Фрейда и К. Хорни важным механизмом как нормального, так и невротического развития является идентификация. Причем нор-

мальной является идентификация с родителем своего пола. Идентификация же с родителем противоположного пола является патогенной, приводит к полоролевым трансформациям — маскулинизации мужчин и феминизации женщин. Это нашло свое отражение в работе В.Е. Кагана (1991), который провел клиническое изучение связи половой идентичности с этиопатогенезом и клинической картиной неврозов. В частности, автор обнаружил, что вариации полоролевого поведения могут рассматриваться как отражение клинической картины и динамики невроза, а особенности полоролевой идентичности — как важный фактор становления невротической личности.

Развивая эти идеи, А.С. Кочарян (1995) предложил рассматривать невротические и соматические расстройства с позиции структуры соотношения маскулинной и фемининной составляющих половой роли. Рассматривая различные клинические модели — язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемической болезни сердца, нарушений жирового обмена у подростков, неврозов, ювенильных маточных кровотечений, автор выделил в качестве важнейшего фактора нарушение полоролевой структуры личности.

А.С. Кочарян (1995) показал такую особенность М/Ф симптомокомплекса при неврозах, как «сцепленность» (неартикулированность) структуры, когда между конструктами М/Ф была выявлена положительная связь. Выявляется также другая черта этой структуры — дифференцированность, расщепленность. Невротическую полоролевую личность автор также предлагает рассматривать как инфантильную с позиций полоролевой социализации.

Также было выявлено наличие дисбаланса структуры половой роли больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: больные имеют выраженные фемининные качества, которые они подавляют в себе, внешне демонстрируя гипермаскулинные черты [Кочарян А.С., 1995].

При исследовании ишемической болезни сердца была показана негативная значимая связь между маскулинностью и фемининностью, что, по мнению автора, свидетельствует об инфантилизме структуры половой роли у таких лиц. Автор сравнивает эти данные с особенностями половой роли, характерными для подростков мужского пола 15—16 лет, которые не в состоянии ассимилировать собственную фемининность [Кочарян А.С., 1996].

При исследовании подростков с нарушенным жировым обменом был обнаружен дисбаланс внутренней мягкости, «женственности» и внешней решительности, «мужественности» (гипермаскулинность в поведении таких больных сочетается с робостью, неуверенностью, нерешительностью, что порождает внутриличностный конфликт, сопряженный с психоэмоциональным и мышечным напряжением). На уровне психологических механизмов речь, по-видимому, идет о борьбе двух механизмов — совладания и защиты [Трикоза Н.И., Кочарян А.С., 1993].

О.В. Московцева, А.С. Кочарян (1995), рассматривая феномен ювенильного маточного кровотечения, выделяют «эпилептоидный» и «истерический» типы больных, которые отражают различные психологические механизмы. Так, по мнению авторов, у эпилептоидных девочек возникает конфликт между маскулинной полоролевой ориентацией и необходимостью принятия социально-нормативной женской половой роли, который и проявляется в форме ЮМК как соматическом «протесте» против принятия женской половой роли. В структуре истероидной личности имеется полоролевой дисбаланс: внешнее подчеркивание своей женской сущности (фемининности) при первичной маскулинности. Авторы предлагают рассмат-

ривать ЮМК как форму псевдоразрешения конфликта, заключающегося в противоречии между стремлением к привлечению внимания отца и подавлением инцестуозных желаний и т.п.

A. Heilbrun (1976) приводит данные, согласно которым существует следующая зависимость между психологическими характеристиками адаптивности у мужчин и женщин: высокомаскулинные женщины характеризуются трудностями в установлении и поддержании межличностных контактов, особенно в гетеросексуальных отношениях, агрессивностью; низкомаскулинные характеризуются беспомощностью, пассивностью, «пугливостью», изолированностью, одиночеством, склонностью к депрессии, низкой самооценкой, нерешительностью в вопросах карьеры; высокофемининные — тревожностью и низкой самоуверенностью; низкофемининные — трудностями в установлении и поддержании межличностных контактов, агрессивностью. В то время как высокомаскулинные мужчины испытывают меньшее количество проблем по сравнению с низкомаскулинными, они отличаются при этом обедненной коммуникацией, эмоциональной сниженностью; низкомаскулинные мужчины характеризуются зависимостью, беспомощностью, пассивностью, «пугливостью», изолированностью, одиночеством, склонностью к депрессии, низкой самооценкой, тревожностью, низким уровнем достижений, нерешительностью; высокофемининные — изолированностью, одиночеством, склонностью к депрессии, низкой самооценкой, тревожностью, низким уровнем достижений; низкофемининные мужчины испытывают трудности в установлении и поддержании межличностных контактов, нерешительность в отношении карьеры.

Вышеописанное было подтверждено многими исследователями. Так, A.L. Carsrud, K.B. Carsrud (1979) выявили, что фемининные субъекты воспринимают себя как более тревожных и боязливых по сравнению с маскулинными и андрогинными. По мнению R.E. Ingram и соавт. (1988), высокофемининные индивидуумы отличаются большей самосфокусированностью и соответственно большей сенситивностью к негативным эмоциональным переживаниям и, как следствие, к депрессивным состояниям, в то время как высокая маскулинность, по мнению авторов, не способствует самосфокусированию и соответственно предупреждает фиксированность на негативных эмоциональных состояниях. В работе C.A. O'Heron, J.L. Orlofsky (1990) у низкомаскулинных мужчин и женщин наблюдались склонность к депрессии, тревожность и социальная дезадаптированность. Как показывает M.P. Sanfilipo (1994), больший уровень маскулинности обычно у юношей и девушек сочетается с меньшей склонностью к депрессии по сравнению с фемининностью, выраженность которой независимо от пола сочетается с различными по степени тяжести депрессивными состояниями.

Таким образом, приведенные литературные данные свидетельствуют о том, что нарушения полоролевой идентичности могут как сопутствовать психогенным соматическим заболеваниям, так и в целом отражать проблемы адаптации и саморегуляции личности. Проблема связи полоролевых качеств и психологического здоровья имеет глубокие корни в представлениях об андрогинии.

Адаптивная роль андрогинии. Существует направление исследований, посвященных изучению проблемы личностной адаптации и саморегуляции в рамках парадигмы «андрогинии» как базового аспекта психического здоровья. A. Steinman, D.J. Fox (1974) предположили в качестве базовой модели для здоровья наличие совокупности маскулинных и фемининных черт независимо от половой принадлежности. Так, S. Bem (1978), описывая андрогинию как совмещение маскулинных и фемининных черт, говорила, что

андрогинная личность может предоставить более гармоничный стандарт психологического здоровья в обществе, где ригидная типизация половых ролей изживает себя. S. Bem и ее коллеги, в противоположность взгляду традиционной психологии о том, что мужчины и женщины, чтобы быть приспособленными к жизни, должны иметь традиционно установленные соответствующие полу характеристики, показали малую приспособленность индивидов, обладающих только такими характеристиками. Наиболее приспособленным к жизни оказался андрогинный тип, имеющий черты того и другого пола и самый распространенный. Согласно этому подходу, андрогинная личность имеет более богатый репертуар полоролевого поведения, чем носители стереотипов, и тем более, чем недифференцированные. Андрогиния способствует более широкому использования имеющегося репертуара в зависимости от требования ситуацией инструментальности или экспрессивности. Человек, демонстрирующий как маскулинные, так и фемининные характеристики, проявляет бо́льшую гибкость в пределах полоролевого поведения по сравнению с носителями только маскулинности или фемининности. Обе составляющие полоролевой идентичности развиваются независимо. Субъект может развивать свою маскулинность независимо от имеющегося у него уровня фемининности [Heilbrun A., 1981].

D.R. Matteson (1975) делал акцент на проблеме фиксированности полоролевых норм в семье, особенно если они ограничивают реализацию автономии и интимности как в общении супругов, так и в формировании андрогинного развития ребенка, в то время как неопределенное чувство идентичности приносит существенный вред женщине, принимающей узкие обязательства относительно замужества и ребенка.

Существуют исследования, посвященные выяснению «вклада» выраженности полоролевых качеств в представления о психологической адаптации и саморегуляции.

Так, исследование A. Heilbrun (1976) показало, что под «психологическим здоровьем/нездоровьем» мужчины и женщины подразумеваются различные полоролевые качества. Испытуемым мужчинам и женщинам было предложено заполнить опросник на полоролевые качества личности как бы от лица «психологически адаптированного человека», а впоследствии от лица «психологически дезадаптированного». В результате для мужчин критическим аспектом дезадаптированности выступила сниженность маскулинных и фемининных черт, в то время как для женщин существенным фактором дезадаптации явилось отсутствие фемининных качеств. Психологически здоровая личность, по мнению мужчин, должна обладать выраженными маскулинными характеристиками, в то время как, по мнению женщин, важнейший показатель психологически адаптированной личности — фемининность. Это свидетельствует о том, что фемининные черты не входят строго в стереотип психологического здоровья как у женщин, так и мужчин, но отсутствие этих черт составляет стержень стереотипа плохой психологической адаптации для обоих полов. Таким образом, маскулинность, по мнению женщин, имеет меньшее влияние на здоровье или болезнь, в то время как отсутствие фемининности определяет представление о слабом психологическом здоровье. Для мужчин присутствие или отсутствие маскулинности является критическим аспектом картины адаптивности или дезадаптивности. Ограниченная фемининность является значимым фактором дезадаптированности для обоих полов.

Таким образом, исследования по полоролевой идентичности свидетельствуют о тесной связи этой структуры с психическим здоровьем индивида и общими показателями его адаптации и саморегуляции.

Наиболее ярким примером нарушений половой идентичности является транссексуализм.

М., 1967 г.р., по материалам дела, совместно с Н. совершил ограбление квартиры С. и магазина. В ходе следствия испытуемый сообщал, что у него «душевный склад, психика и психология противоположного пола», «хочется как любой женщине иметь детей и воспитывать их». Утверждал, что кражи совершал, так как нужны были деньги на операцию по смене пола. По показаниям испытуемого он был знаком с Н. с осени 1993 г., поддерживал с ним интимные отношения. При обследовании диагностирован краевой вариант транссексуализма.

Мотивация правонарушения в данном случае обусловлена основным личностным конфликтом, однако установление прямой причинно-следственной связи проблематично, ибо четких признаков психологической дезадаптации выявить не удавалось. Более логичным представляется предположение о влиянии партнера испытуемого на поведение последнего в ситуации инкриминируемого ему деяния. Последующее клиническое наблюдение подтвердило вывод о правомерности диагноза краевого транссексуализма и декларативности установки испытуемого на смену пола, так как реальных шагов для прохождения обследования на предмет смены паспортного пола им предпринято не было.

9.3. Псевдопарафильное поведение

Особой проблемой диагностики и экспертизы является наличие таких состояний, когда внешне картина поведения соответствует парафильной, однако критериев МКБ-10 недостаточно для постановки диагноза. Подобные состояния были обозначены как «псевдопарафильные», однако они не представляют собой однородной группы.

МКБ-10 определяет парафилии как расстройства сексуального предпочтения. Термин «предпочтение» уже обсуждался в главе 4, здесь же представляется необходимым привести клинический пример, когда о предпочтении говорить затруднительно.

Ч., 1977 г.р., обвинялся в том, что в период с мая по декабрь 1999 г. совершил 11 убийств молодых женщин в г. С. путем удушения руками и завязывания на шее петли, а также похитил предметы их одежды и личные вещи. Из материалов дела и со слов испытуемого известно, что сведения о психопатологической отягощенности наследственности отсутствуют. Родился вторым из 3 детей, родители развелись, когда ему было 2—2,5 года, отца в то время совсем не помнит. Мать — «добрая, ласковая, терпеливая»; у испытуемого всегда были теплые дружеские отношения с ней — делился своими переживаниями. Со слов матери, испытуемый знает, что «рос тихим и спокойным». Любимой игрушкой был коричневый плюшевый мишка, с которым он спал почти до 1-го класса, играл в «дочки-матери», в больницу. Однажды, когда Ч. было 5—6 лет «даже пришлось сделать мишке операцию»: подравшись из-за игрушки с братом, разорвали ее, по поводу чего испытуемый переживал и, в дальнейшем, самостоятельно пришил ему лапы. Во время обучения в школе-интернате показал себя уравновешенным, но несколько замкнутым учеником. От других мальчиков отличался ранним физическим развитием: был выше всех, раньше всех появились вторичные половые признаки (усы, пух на бороде). В начальных классах ловил больших кузнечиков, мучил их, отрывал лапы, считает, что делал правильно, так как «саранча — это зло, и с ней надо бороться».

Сексологическое обследование. В 4—5 лет впервые влюбился в царевну из какой-то сказки, увиденной по телевизору; был молчалив, замкнут, места себе не находил, «плохо было». В 7 лет появился интерес к женским половым органам, когда впервые увидел журналы с фотографиями обнаженных женщин, было интересно их разглядывать. В 7—8 лет начал заниматься онанизмом в интернате, где это было «массовым занятием»; ежедневно, как только наступал отбой, воспитательница обходила кровати, и если замечала, то «давала по рукам». Практически сразу же стал

испытывать психический оргазм. Приблизительно с 14 лет перестал мастурбировать — «переключился на спорт», после изнурительных тренировок не оставалось на это сил, однако в последующем при возникновении сексуального желания возвращался к онанизму. Эксцесс при мастурбации — 4. Из фантазий при мастурбации помнит, что представлял себе женщин, ранее увиденных в журналах или по телевизору, их лица, обнаженные тела, воображал, как совершает с ними половые акты во влагалище, анальные и оральные контакты. Наличие поллюций отрицает. Первая эякуляция в 13 лет при мастурбации: тогда перепугался, решил, что заболел чем-то, однако приятели, с которыми вместе мастурбировал, объяснили, что это такое. До 19 лет стеснялся девочек, «комплексовал», предпочитал с детства общаться с ними, как с ребятами, по-дружески, однако, если только они начинали оказывать ему знаки внимания, говорить или писать, что хотели бы с ним встречаться, паниковал, не знал, как себя вести, что с ними делать. В 18 лет, буквально за 3 дня до отъезда на службу в армию, он познакомился с Л., которая призналась ему в любви и обещала ждать из армии; половой связи между ними не было, однако тогда он поцеловался впервые: «языком поболтали там друг у друга», ощущения свои тогда даже не запомнил, так как был возбужден и очень боялся, что у него произойдет эякуляция; «ее очень полюбил и надеялся, что она действительно будет ждать». Во время службы он не получал писем от нее, а отслужив год в Подмосковье, был переведен в г. С., где узнал от ее сестер, что, пока он служил, Л. «вела свободный образ жизни, имела отношения со многими парнями и при этом постоянно лгала, что ждет его». Он был обозлен на нее и возненавидел. Впоследствии, когда встречал ее, старался избегать общения с ней, приходил в «бешенство лишь от одного ее вида». Первый половой акт в 19 лет с 25-летней партнершей на мальчишнике; его закрыли с этой женщиной в комнате, она была опытнее, первая проявила инициативу. Оценивает половой акт как успешный. Затем время от времени встречался с различными девушками, но связь продолжалась не более 2—3 мес, так как затем выяснял, что эта девушка «не такая уж невинная»; потом перешел на случайные сексуальные связи (по одной встрече с партнершей). Максимальный эксцесс при половых актах — 7. С 1997 г. постоянно встречался с Е. Сначала жили с ней вместе у его матери, и тогда половая жизнь была ежедневно, с эксцессами. В сексуальной жизни для испытуемого самое главное удовлетворить ее, так как он ее любит; со случайными девушками, наоборот, думает только о себе. Половой акт и ласки испытуемому одинаково нравятся, совершал анальные (по его инициативе) и оральные контакты, а также половые акты в естественной форме; предпочитал «оральный секс». Инициатива близости, как правило, принадлежала ему, однако он любил, когда она перехватывала ее в свои руки. С 19 лет начал представлять, «как наказывает нехороших девчонок»; эти фантазии возникали сами «во сне и наяву», в транспорте и дома, периодически мастурбировал во время их, наплывы таких представлений произвольно прекратить не мог. Представлял себе женскую тюрьму, где на цепях находились конкретные девушки (около 10), которые когда-либо обидели его, не оправдали надежд. Он их унижал, издевался, например кидал на пол миску с кашей, и они дрались из-за нее, «как собаки», наблюдал за ними с помощью видеокамер, чтобы узницы не мастурбировали, за это строго их наказывал. С теми, кто хорошо себя вел, в качестве награды он «занимался сексом», представлял анальные и оральные половые контакты и половые акты в обычной форме. Поначалу фантазии продолжались 5—10 мин, затем их продолжительность увеличилась до 30 мин. Сексуальное желание было постоянным, сильно ревновал свою девушку, не верил ей, когда она рассказывала, где и с кем была; казалось, что она что-то недоговаривала. Утверждает, что очень любит Е., только ее видит матерью своих детей, хочет делить с ней все. Пока жил с ней, «был счастлив», фантазии «о женской тюрьме» полностью исчезли; она была, как «спасательный круг». Однако после ее переезда в общежитие (не сошлись характерами с его родней), фантазии возобновились с прежней силой и возникали практически ежедневно.

Из протоколов осмотров мест преступления следует, что, как правило, обнаруженные трупы жертв были либо частично (одежда завернута и нижняя или верхняя части тела оголены) или полностью обнажены. На СМЭ потерпевших была засвидетельствована причина смерти — механическая асфиксия от сдавления шеи петлей

при удавлении, у одной из жертв — механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей водой при утоплении. Одна из жертв (Х., 1981 г.р.) была повешена на замшевом поясе, который был привязан к суку дерева.

На допросах Ч. показал, что точно не помнит, когда в первый раз задушил девушку: не знает, зачем это делал; иногда бывал при этом в нетрезвом состоянии. Знакомился, заводил с девушками разговоры, «они постепенно начинали расслабляться» и рассказывать все о себе вплоть до подробностей интимной жизни, — «с кем она там и как». Точно не помнил, о чем говорили, но в процессе разговора с жертвами он для себя «делал какие-то выводы», пояснял, что ему никогда не нравились девушки легкого поведения, считал, что это те, кто сразу с незнакомым человеком «идет черт знает куда». Не знает, зачем раздевал жертв — «возможно, искал какие-то ценные вещи».

Диагноз: сложная дисгармония пубертатного развития, искажение половой идентичности.

В данном случае трудно говорить о «предпочтении», поскольку при возможности нормативных контактов прекращались и фантазии, а сама аномальная активность стала реализовываться только после того, как нормативное гетеросексуальное поведение прекратилось. Возникает также вопрос о субъективном и объективном критериях «предпочтения», т.е. того, с чьей позиции оно должно оцениваться, — самого испытуемого или эксперта.

В этом клиническом примере интересны также указания на вовлечение психогенных механизмов в формирование аномальной активности, что делает возможной квалификацию данного случая как псевдопарафильного в аспекте упомянутого в главе 4 понятия факультативной, психогенно-функциональной, нажитой перверсии. Однако не стоит переоценивать влияние психогении, которое сказалось в основном на содержании патологических фантазий, однако психологически понятная связь, частично объясняя выбор объекта, не может быть логически увязана с содержанием самой реализованной аномальной активности. Однако можно отметить ее своеобразную трансформацию в убеждение испытуемого в необходимости уничтожения девушек легкого поведения, в основе которого лежит прежде всего амбивалентное отношение к женщине как проявление нарушения половой идентичности.

Другие варианты несоблюдения критериев парафилии по МКБ-10 касаются термина «сексуальное». Приведем клинические примеры.

Испытуемый Г., 25 лет, обвинялся в убийстве гр-ки Н. Из протокола осмотра места происшествия: на полу рядом с красными хлопчатобумажными плавками лежит глазное яблоко, похожее на человеческое. Непосредственно в 50 см от него располагается другой фрагмент биологической ткани. В ванне, на одну треть заполненной жидкостью буро-красного цвета, находится труп женского пола. На поверхности воды имеется бумажный листок с надписями, плавает жировая ткань, петли тонкого кишечника. В области правого соска участок красновато-розового цвета 2×1,5 см, сосок слабо прощупывается. В области рта обширное повреждение с неровными краями, отсутствием губ, хрящевой части носа. Глазные яблоки отсутствуют. Из акта СМЭ: причина смерти — множественные колото-резаные ранения (10), резаные и колотые ранения грудной и брюшной полости, тела (81). Кровоподтеки на правой и левой боковых поверхностях шеи, кровоизлияния в мягких тканях шеи, перелом большого рога подъязычной кости с признаками прижизненности, которые могли образоваться от сдавления шеи руками; перелом нижней челюсти с признаками прижизненности. Механизм отделения правого глазного яблока, части большого сальника и тонкого кишечника, языка определить не представляется возможным. Отделение кожи и мягких тканей лица, ранения желудка произведены колюще-режущим предметом. Из показаний свидетеля Ф.: при задержании был пол-

ностью обнажен и весь в крови. Нервничал, кричал: «Я ее палец ел». Говорил, что хотел сделать холодец — «он сладкий такой». С удовлетворением пояснял, что она очень долго умирала, «в ванне еще долго хрипела». Из показаний свидетеля Ш.: говорил, что «в ванне долго хрипела... я ее ем, а она хрипит».

Из материалов дела и со слов испытуемого известно, что родился он младшим из 3 детей. Из показаний матери следует, что отец испытуемого часто ее избивал, в присутствии маленького сына дебоширил, рубил мебель. Отец ушел из семьи, когда испытуемому не было 3 лет. Испытуемый плохо помнит отца. Утверждает, что никогда не переживал по поводу отсутствия отца, однако тут же вспоминает эпизод в 7 лет, когда соседка назвала его безотцовщиной, испытал «недоумение и злость». Отчима характеризует как спокойного, уравновешенного человека; отношения с ним были нормальными, никогда его не наказывал по «мягкости характера», однако проводил мало времени в семье, часто на 3—6 мес уходил в плавание. Воспитанием испытуемого занимались в основном мать и сестра. Мать характеризует упрямой, властной, интеллигентной, наказывала его в основном «за дело», «чаще психологически», однако иногда срывала на нем злость, «3—4 раза била меня ни за что». С братом отношений не поддерживал, видел его редко. В раннем детстве чаще всего играл с сестрой, в играх «как-то так получалось, что она держала меня за «предмет»»: играли в доктора — он изображал больного и долго сидел в кресле, пока она «записывала» историю болезни, «всегда исполнял подчиненную роль». В детском саду одинаково легко играл с девочками и мальчиками, однако отмечает, что когда дело касалось его любимых игрушек (кубики, конструкторы, машинки), то он предпочитал даже подождать, когда с ними поиграют другие дети, чтобы потом поиграть самому в одиночестве. С детьми общался избирательно, до сих пор помнит, как ему не нравились братья К. в группе, — «грубые, вульгарные». Отмечает, что всегда легче было общаться с девочками и впоследствии с женщинами. В мальчиках отталкивали агрессивность, грубость. Во время пребывания в детском саду испытывал привязанность к одной девочке из группы, нравилось танцевать с ней, общаться, испытывал ревность. Не может точно вспомнить, почему именно она ему нравилась — «наверное, не из-за внешности, а привлекали внутренние качества — никогда не доносила воспитателям». С детского сада и первых лет учебы в школе стал отмечать за собой «двойственность»: то тянуло быть в одиночестве, то хотелось общаться. С 4—5-го класса выбирал себе друзей на 8—10 лет старше: «с ними было интереснее, чувствовал себя взрослее, ну и защищали». Соревновательные подвижные спортивные игры типа футбола, хоккея никогда не нравились, избегал драк. Плохо переносил вид своей и чужой крови: кружилась голова, тошнило, испытывал беспредметный страх, «смятение». Такие же ощущения появлялись и при виде драки, а также когда случайно стал свидетелем ДТП и видел труп старухи, которую сбила машина. В 12—13 лет завидовал другим мальчикам-ровесникам, не нравились собственное телосложение, тонкость запястий, маленький рост, неразвитые мышцы. С целью исправления фигуры стал ходить в бассейн, несколько лет занимался плаванием и через 2 года «с удовлетворением отметил, что мышцы стали лучше смотреться». Нравится готовить, наводить порядок в доме. В возрасте около 3—4 лет выколол глаза «пупсу» сестры, «испытывал механический интерес». Сестра плакала, а он не понимал, что такого особенного произошло; к сестре жалости не испытывал. Потом привязывал «пупсиков» к ножке стула, лепил из пластилина фигурки людей и сжигал. Случайно найденный труп цыпленка «кремировал». Периодически появлялось желание сломать, «разрушить» финскую стенку, стоявшую у них дома, однако понимал, что этого делать нельзя. В то же время помнит эпизод, относящийся примерно к тому же возрасту, когда его возмутило, что мальчишки ломали стул, защищал его, «казалось, что он живой», «перебинтовал его». После этого происшествия получил прозвище «стульчик». В 6—7 лет ему подарили большого медведя, которого он избивал, прижигал, вешал, привязывал к разным предметам. Уверяет, что при этом никаких эмоций или фантазий не испытывал, не понимал, зачем он это делает, «механически выполнял действия», воспринимал медведя как «бесформенный объект». Сколько себя помнит, любил животных, подбирал на улице кошек, щенков, приводил домой, ухаживал за ними, прятал от матери, так как она это не одобряла. Завел пару хомяков, с удовольствием ухаживал за

ними, за их потомством; прятал детенышей, чтобы их не съела мать, «готовил для них салатики».

В 11—13 лет однажды по инициативе приятеля пытался задушить двух кошек, но неудачно, и они закопали их живьем в землю. После этого «было неприятно, испытывал угрызения совести». В то же время в этом же возрасте на протяжении примерно полугода ловил голубей, сворачивал им шеи, резал их стеклом или ножом, бросал живыми в костер. В день мог уничтожить 1—2 голубей. Пытаясь описать свои переживания при этом, говорит, что это было «не желание, а нужда, необходимость». Возникновение такого влечения провоцировалось либо видом голубя, «или увидел на земле стекло, которое напомнило мне, что таким же я резал голубей». После возникновения влечения тут же отправлялся его реализовывать, никогда с собой не боролся, никогда не было ощущения стыда или нелепости. Отрицает какие-либо эмоции при этом, «относился к этому, как к работе». Отмечает, что вид крови голубей страха не вызывал, «птиц воспринимал нейтрально, так как они ближе к растительному миру». Расправу с голубями осуществлял в специальном месте, где никто не мог помешать, «но мог и не там». Сны, фантазии или воспоминания подобного содержания отрицает. Утверждает, что когда по каким-либо причинам не мог этого сделать, то не переживал; «иногда и сам отвлекался». Из показаний отчима известно, что неоднократно высказывал желание идти работать в морг с трупами, разрезать их. В 14 лет увлекся аквариумистикой, дома завел несколько аквариумов, часами наблюдал за «биогеоценозом», при этом испытывал «умиротворение», успокаивался, «мысли упорядочивались». Особенно нравилось наблюдать за тем, как циклиды — крупные хищные рыбки — пожирают других. Подчеркивал, что испытывал интерес не к рыбам, а «к процессу». В 15 лет, чтобы «отвлечься от черных мыслей», прижигал себя сигаретами, раскаленным гвоздем, резал кожу; ощущение боли, запах горящей плоти ненадолго приносили облегчение. В 16—17 лет был период, когда нравилось в компаниях рассказывать «злые истории о смертях, пытках», причем реакция окружающих не имела значения, даже не наблюдал за ней; удовольствие доставлял сам процесс рассказа. Нравились фильмы о пытках, инквизиции, войнах, с мистическим содержанием, фильмы-катастрофы. Упомянул о видеофильме «Лица смерти», в котором показываются поведение животных, выражение их глаз с тревогой и страхом перед смертью. В снах также часто видит различные катастрофы, войны с убийствами. Фантазии на эти темы отрицал. В 18 лет в подъезде увидел собаку, хотел погладить, когда прикоснулся, она его укусила: «внезапно пронзил какой-то страх», ударил ее головой о батарею, затем поднял труп и понес с собой «неизвестно зачем». Никаких эмоций при этом якобы не испытывал. Проходя мимо окон подвального помещения, где жили люди, кинул тушу в форточку, потом прошел несколько шагов, «опомнился, вернулся, извинился перед людьми и забрал тушу». В 1996 г. в состоянии алкогольного опьянения шел домой с двумя девушками «провести время», в магазине, куда зашел за спиртным, заметил кота, который ему очень понравился, взял его с собой. Когда девушки выпивали и разговаривали, внезапно почувствовал, что ему хочется, чтобы они ушли, «что-то давило». Под предлогом назначенной встречи выпроводил их, а сам пошел прогуляться, но «не развеялся», вернулся домой — «стены давили», еще выпил, тут вдруг на глаза попался кот — задушил его, выпотрошил, освежевал — никаких чувств при этом не испытывал, «действовал как робот», отрезал задние ноги, пожарил на сковородке и съел. Когда убивал кота, стремился проанализировать его поведение и свои ощущения в данный момент. Остальные части животного демонстрировал соседям с угрозами, что их ждет та же участь. После чего взвалил тушу на плечо и пошел зачем-то на улицу, зашел в магазин, где был задержан милицией. Не помнит, что заходил к соседу, показывал ему тушу и угрожал, хотя говорит, что такое могло быть, так как с соседями у него отношения неприязненные, поскольку они часто жаловались на шум из его квартиры. Через «неделю или месяц» также привел домой собаку, «пытался убить, но она сбежала». В 1996 г. после свадьбы, будучи в алкогольном опьянении, пришел в «неистовство», перебил посуду, мебель, разбил бутылку из-под шампанского и стал себя резать разбитой бутылкой. С матерью был груб, циничен, жену избивал, часто скандалил с ней. Особенно это проявлялось в алкогольном опьянении. Из показаний матери извест-

но, что жену заставлял мочиться в банку, говорил, что когда он опьянеет, с него как бы что-то спадает и он становится свободным. Иногда бывал любящим, занимался домашним хозяйством, делал покупки, готовил пищу, проявлял при этом хорошие способности. Любил рисовать, писал стихи.

Любопытны не только сами по себе показания испытуемого, но и его манера изложения происшедшего. В особенности примечательны его диалоги со следователем. Так, 11.05.98 г. испытуемый рассказывал: «Мне было очень неудобно и неловко... Мне пришлось ее ударить... я ее оттаскивал на кровать, и в итоге я ее задушил... руками или подушкой, вот этого я не помню, этих тонкостей... я был уже в очень нетрезвом состоянии, практически невменяем... после чего я выпил еще пива и во мне пробудились какие-то зверские, садистские желания... я хотел посмотреть ее внутренности, вскрыл, она была еще теплая... в общем, это недавно случилось. Я попробовал ее плоть на вкус, отрезал и съел. Дальше все автоматически и механически происходило, я не мог остановиться. Я ползал по ней, я был весь в крови, она тоже. Я вырезал ей глаз и не могу точно сказать, но, по-моему, я его тоже съел; дальше я откусил ей губы и тоже их проглотил». Утверждал, что это первый случай внебрачной связи. Не помнил, что девушки говорили о себе, «провал был». В ответ на вопрос, пытался ли он производить с телом девушки половые действия и в чем это выразилось, отвечал: «Это выразилось введением члена во влагалище, ну опять же не получилось, потому что не было достаточно крепкой эрекции». В ответ на вопрос, для чего он это сделал, отвечал: «Я вообще не знаю, для чего я все это сделал». — «Или вашими руками руководил кто-то другой?» — «Кто-то другой... во мне два человека живут. Даже не человека, это долгая история, и, наверное, никто... никого это не заинтересует... демон живет во мне... когда я выпиваю, он действует моим телом... Я не контролирую себя в это момент. Даже если я и соображаю, я не могу остановиться». — «Зачем вы ей зубы выбили?» — «Без понятия, это не моя фантазия была... того, кто управлял мной... он у меня в сознании, а может, я не знаю где. До такого я бы не додумался даже... в любом случае у любого человека при виде крови возбуждение, я не знаю какое-то... личность во мне которая живет... это не существо, оно не материально, это не физическое тело». — «Зачем вы отнесли тело в ванну?» — «Я хотел сделать холодец... я не знаю, собирался или нет, но была такая мысль и все». Из протокола явки с повинной от 14.05.98 г.: «...лазил по окровавленному трупу, целовал, затем бил и проклинал... стал целовать в разрез живота и в зубы... мне мешал ее взгляд, и я вырезал оба глаза ножом, потом тыкал пальцем в глазницу. Откусил ей два мизинца на ногах, проглотил их. Эти действия сопровождались ласками и грубостью. Отнес в ванну с целью разделки... была мысль употребить весь труп в пищевом назначении». Из протокола следственного эксперимента от 21.05.98 г.: «...ползал по ней и смеялся... держал за лицо ее и что-то говорил... в отношении носа не помню я ничего... воду включил... механическое действие, совершенно контроля за временем не было... понятие о времени тоже отсутствовало». Из протокола допроса от 15.08.98 г.: «Удушение производил не 15—20 мин, а не более 5. Не имел никаких планов, связанных с употреблением мышечной ткани трупа. Не знаю, почему так сказал. Некоторые моменты нахождения девушек стерлись из моей памяти».

Психическое состояние. Держится несколько демонстративно, жесты плавные, манерные, мимика обеднена, преобладают позные движения. Голос негромкий, модуляции богатые, темп речи неравномерный — говорит то быстро, то замедленно. Мышление крайне обстоятельное, вязкое, с трудом переключается; выражено резонерство, которое, однако, выглядит нарочитым, когда начинает рассуждать о «двойственности» своего поведения, о боге и сатане. Суждения конкретные. Следит за реакцией собеседника, раздражается, когда врач пытается конкретизировать его рассказ или переключить на другую тему. Готов часами говорить о себе, о своих переживаниях, однако характеристики своим близким (кроме матери) дает крайне бедные, затрудняется при описании эмоциональных состояний. Настроение в целом ровное, в течение беседы меняется от неадекватно приподнятого до пониженного с оттенком нарочитости. Стремится подчеркнуть необычность своих переживаний, периодически вздыхает, повторяя фразу, что это никому не интересно, что никто не хочет дослушать его до конца. Истощаемости в беседе не отмечается.

При вопросе о правонарушении бледнеет, прикрывает глаза, говорит, что испытывает страх даже при мыслях об этом, старается не вспоминать, так как не может объяснить свое поведение. При разговоре на эту тему исчезает многоречивость, ответы становятся краткими, лаконичными, сглаживаются голосовые модуляции, темп мышления замедляется, выражение лица делается то растерянным, то застывшим, уплощенным, взгляд застывает, зрачки расширяются, исчезает нарочитость, демонстративность поведения. Рассказывает, что в день правонарушения был в состоянии алкогольного опьянения, привел женщину домой, «впервые решил изменить жене». Когда половой акт не получился вследствие недостаточной эрекции, женщина сказала «что-то обидное»; «последняя мысль, которую четко помню, — проститутка в нашей супружеской постели»; далее помнит отрывочно: «была злость... помню желание разрезать и посмотреть внутренности... помню, что целовал ее, что-то ей говорил». Отрицает желание изнасиловать труп, не может объяснить, зачем потащил тело в ванную. Помнит, что его очень раздражал ее взгляд. Затрудняется сказать, в какой момент понял, что она умерла. Утверждает, что откусил ей пальцы на ногах. Отмечает, что якобы никаких эмоций во время убийства и манипуляций с трупом не чувствовал. Не помнит, что заявлял о желании «сварить холодец». Утверждает, что «пришел в себя уже в милиции». Долгое время сохранялось ощущение, что это сделал не он.

Сексологическое исследование. Впервые девочка понравилась в детском саду, ревновал, когда другие мальчики танцевали с ней. Вместе с другими мальчиками подглядывали за девочками с целью увидеть их половые органы, однако отмечает, что делал это «только за компанию», собственного интереса не было. В 9—10 лет раздражали только «вульгарные» девочки, а в целом общался с ними охотно. В 10 лет также нравилась девочка из класса, провожал ее до дома, нравилось разговаривать с ней. В 16 лет впервые поцеловался, особого удовольствия не ощутил; в дальнейшем старался избегать поцелуев, так как «был брезглив и было непонятно, зачем это нужно». Первый половой акт с девочкой на полгода младше в этом же возрасте, по обоюдной инициативе, эрекция была, введение удалось, достиг семяизвержения, в целом оценивает как успешный, однако было чувство какого-то разочарования. Мастурбация с 13 лет («рассказали мальчишки») сначала без эякуляции, «выделялась капля прозрачной жидкости, но оргазм был», затем после семяизвержения чувство вины. Фантазии при мастурбации помнит плохо — «наверное, представлял себе женщин»; точнее рассказать не может. Садистические фантазии и связь их с половым возбуждением категорически отрицает. Первая эякуляция в 13 лет при мастурбации, поллюций никогда не было. Максимальный эксцесс при половых актах с женой — 7. В сексуальных отношениях больше всего привлекала «игра», «соблазнение, доведение до постели»; сам же половой акт привлекал гораздо меньше («на 70 % привлекала игра и на 30 % — секс»). Во многих случаях больше тянуло пообщаться, «в беседе исчезало желание близости, даже если и было». Отрицает какие-либо затруднения в половых актах. Предпочитает позы сидя, «но главное, чтобы женщине было хорошо». Оральный секс доставлял удовольствие меньшее, чем обычный половой акт. Анальный секс никогда не практиковал, относится к этому с брезгливостью. Гомосексуальное влечение или контакты отрицает, заявляет, что относится к этому неприязненно и если бы узнал, что кто-то из его знакомых гомосексуалист, то перестал бы с ним здороваться и общаться. Описывает периоды своей жизни, когда отношение к сексу менялось, — когда верил в бога, общался с баптистами, нравилась одна верующая девочка, в половые контакты с ней не вступал, так как считал, что вне брака это грех. В другой период жизни, когда злоупотреблял алкоголем, были беспорядочные половые связи с женщинами легкого поведения. Отношения с женой оценивает как хорошие, частота половой жизни — от 1 раза в неделю до 1 раза в 2—3 нед, «по потребности». Утверждает, что не изменял ей — «мне ее хватало».

Направленное психологическое исследование. Испытуемый доступен контакту, проявляет желание сотрудничать с экспериментатором. В ходе исследования отмечается склонность к длительным и пространным рассуждениям. Трудностей в понимании инструкций и выполнении заданий у испытуемого не возникало. К моменту окончания исследования заметного психического истощения не наблюда-

лось. Экспериментально-психологическое исследование проводилось с применением следующих специально направленных методик: МиФ, «Кодирование», ЦТО, «Модифицированный вариант теста "Руки"», «Модифицированная методика опознания лицевой экспрессии Изарда», «Опросник диагностики способности к эмпатии Меграбяна», «Торонтская алекситимическая шкала», блок рисуночных методик. В результате проведенного исследования выявлено: полоролевая идентичность характеризуется преобладанием фемининных черт над маскулинными (согласно методики МиФ — фемининный тип полоролевой идентичности). Эти данные согласуются с результатами методики «Кодирование», где испытуемый акцентирует такие качества, как «слабость, мягкость, хрупкость, смиренность», но при этом отмечается потребность к обладанию более выраженными маскулинными качествами (по данным методики МиФ, образ «Я-идеального» характеризуется андрогинным типом). Также следует отметить амбивалентность (полярность) восприятия образа «Я», проявляющуюся в одновременном рассмотрении и подчеркивании противоположных личностных черт (свойств) — «смелость, решительность — смиренность, нерешительность», «жесткость — хрупкость», «непредсказуемость — спокойствие» и т.д. (методика «Кодирование»). Данное положение свидетельствует о конфликтности структуры самовосприятия, самоотношения. Также выявляется недифференцированность образа «Я» по отношению к различному полоролевому составу (одинаковая представленность собственных психологических фемининных и маскулинных качеств как при взаимодействии с женщинами, так и при взаимодействии с мужчинами), что отражает недостаточную, слабую интериоризированность нормативных полоролевых паттернов поведения. По данным методики ЦТО, отмечаются ассоциативно-семантические связи семья—мой идеал—счастье, что свидетельствует об эмоциональной значимости семейных, супружеских отношений.

По данным теста «Руки» выявлено преобладание просоциальных тенденций над асоциальными, аффективная фиксированность на образах-переживаниях напряженно-агрессивного характера, что свидетельствовало о склонности к накоплению негативных эмоциональных состояний, повышенной раздражительности, тенденции к проявлению агрессивных реакций, не соответствующих по силе и интенсивности вызывающему их стимулу. Выраженная аффективная фиксированность на образах-переживаниях, связанных с ущербностью (дефектностью), калечностью образа человеческого тела. Отчетливо выявлялись выраженные аутоагрессивные тенденции.

По данным методики МиФ, выявлялось эмоционально-положительное отношение к образу «мужчины», который характеризуется смешанностью как маскулинных, так и фемининных качеств (андрогинный тип полоролевой идентичности). Это соотносится с данными методики «Кодирование», где испытуемый выделяет следующие атрибутивные качества мужчины: «сила, крепость, непреодолимость, мощь, жесткость», с одной стороны, и «мягкость, терпимость, смиренность» — с другой. Образ «женщины» характеризуется выраженностью психологических фемининных черт (фемининный тип, методика МиФ). Необходимо отметить положительное эмоциональное отношение к образу «женщины», который испытуемый наделяет следующими чертами: «красота, грация, мудрость, здравомыслие, спокойствие, смирение» (методика «Кодирование»). Согласно результатам методики ЦТО, выявляется следующая цветоассоциативная связь: женщина—секс—идеальный сексуальный партнер, что свидетельствует о гетеросексуальной тенденции при выборе объекта сексуального влечения.

При выполнении методики «Опознание лицевой экспрессии» в субтесте «Ранжирование» испытуемый допустил одну ошибку по знаку и три — по интенсивности, а в субтесте «Узнавание» — ни одной ошибки, из чего можно сделать вывод о сохранности импрессивного компонента эмоциональной активности. В субтесте «Классификация» испытуемый выделил 9 групп, допустив две ошибки по знаку (дважды «радость» отнес к группе «спокойствие») и две по модальности («гнев» причислил к эмоции «страх» и «скорбь» спутал с «тревогой»); в субтесте «Четвертый лишний» допущена одна ошибка по знаку — «удивление» испытуемый отнес к группе «испуг». Из этого можно сделать вывод о том, что нарушен субъективный компонент эмоциональной активности, который проявляется и в случаях, когда

испытуемый пытался рационально идентифицировать чужие эмоции. Также отмечался средний уровень эмпатических тенденций испытуемого (испытуемый набрал 19 баллов по опроснику «Способности к эмпатии»). О трудности идентификации и вербализации собственных чувств и эмоций испытуемого свидетельствовали высокие показатели (63 балла) по «Торонтской алекситимической шкале».

Таким образом, на основании проведенного экспериментально-психологического исследования можно говорить о фемининном типе полоролевой идентичности, стремлении к обладанию более выраженными маскулинными психологическими качествами; амбивалентности (полярности) восприятия образа «Я», что свидетельствует о конфликтности структуры самовосприятия, самоотношения; недостаточной интериоризованности нормативных полоролевых паттернов поведения; амбивалентности восприятия образа «мужчины», положительном отношении к данному образу. Выявлены средний уровень эмпатических тенденций, трудности в идентификации и вербализации собственных чувств и эмоций, нарушения субъективного компонента эмоциональной активности (эмоционального мышления), склонность к накоплению негативных эмоциональных состояний, повышенная раздражительность, тенденции к агрессивным реакциям, не соответствующим по силе и интенсивности вызывающему их стимулу. Испытуемому свойственны выраженная аффективная фиксированность на образах-переживаниях, связанных с ущербностью (дефектностью), калечностью образа человеческого тела, ярко выраженные аутоагрессивные тенденции.

Объективно: бреется с 13 лет, возраст оволосения лобка не помнит. Оволосение лобка по мужскому типу с гипертрихозами. Наружные половые органы развиты правильно, послеоперационный линейный рубец (водянка в анамнезе). Половая конституция: 1 — 5; 2 — 6; 3 — 5; 4 — 7; 5 — 7; ТИ = 1,96; ИТ = 82,5; РЕ = 98,89. Диагноз: полиморфный транзиторный псевдопарафильный синдром (садизм, некрофилия, некросадизм, каннибализм); дисгармония пубертата (задержка психосексуального развития при нормативном соматосексуальном), расстройство половой идентичности.

У испытуемого с детства прослеживаются нарушения психосексуального развития: отсутствие предпочтения по полу в выборе партнеров по играм с подчиненной ролью в этих играх, негативное отношение к сверстникам своего пола, в пубертате — к собственной внешности, рудименты негативного отношения к проявлениям собственного биологического пола в виде чувства вины после эякуляции, предпочтение занятий, более свойственных женской роли, предпочтение общения с женщинами, рудименты психологической неудовлетворенности в нормативных сексуальных контактах (разочарование после первого полового акта), что говорит о расстройстве половой идентичности. Сочетание признаков задержки психосексуального развития в виде гипертрофии платонического влечения при отсутствии эротического и редукции сексуального, выпадение фазы дистинкции и мастурбация по типу ранней допубертатной (оргазм без эякуляции) с признаками нормативного соматосексуального развития свидетельствуют о дисгармонии пубертата.

При психологическом анализе выявлены индивидуально-личностные особенности, прежде всего самосознания. По результатам психологического исследования отмечается *амбивалентность* (полярность) восприятия образа «Я», проявляющаяся в одновременном рассмотрении и подчеркивании противоположных личностных черт (свойств) — «смелость, решительность — смиренность, нерешительность», «жесткость — хрупкость», «непредсказуемость — спокойствие» и т.д. Данный феномен некоторым образом проявляется и в поведении испытуемого — в резко выраженных аффективно окрашенных вспышках агрессии, деструкции и в виде эмоций (чувств) любви, заботы, нежности (свидетельские показания) по отношению к окружающему его миру. Так, в раннем возрасте (3—7 лет) по отно-

шению к *неживым предметам*: «...любил играть сцены пыток с любимыми игрушками, привязывал их к стулу, вывешивал на мороз, прижигал, вырывал глаза... и т.д.», испытывая при этом «механический интерес», воспринимая их «как бесформенный объект», в то же время вспоминает эпизод, когда его возмутило, что мальчишки ломали стул, защищал его, «казалось, что он живой», «перебинтовал его».

По отношению *к животным*: «В 12-летнем возрасте сворачивал шеи голубям, резал их ножом, бросал живыми в костер... в 11—13 лет по инициативе приятеля пытался задушить двух кошек, но не удачно, закопали их в землю живьем». В то же время сообщает, что «...сколько себя помнит, любил животных, подбирал на улице кошек, щенков, приносил домой, ухаживал за ними, прятал от матери, так как она этого не одобряла. Завел пару хомяков, с удовольствием ухаживал за ними, за их потомством, прятал детенышей, чтобы их не съела самка (мать), готовил для них салатики».

В сфере *субъект-субъектных отношений*. В семье: «...с матерью был груб, циничен, жену избивал, часто скандалил с ней. Особенно это проявлялось в состоянии алкогольного опьянения. Иногда был любящим, занимался домашним хозяйством, делал покупки, готовил пищу, проявлял при этом хорошие способности». Такие индивидуально-личностные особенности свидетельствуют о конфликтности структуры самовосприятия, самоотношения личности испытуемого. Эти особенности также указывают на нарушение самоидентификации (расплывчатый, расщепленный образ «Я»). Данный вывод соотносится с результатами психологического исследования, показывающими, что полоролевая идентичность испытуемого характеризуется преобладанием фемининных черт над маскулинными (фемининный тип). Выявляется и недифференцированность образа «Я» испытуемого по отношению к различному полоролевому составу (одинаковая представленность собственных психологических фемининных и маскулинных качеств при взаимодействии как с женщинами, так и с мужчинами), причина которого может заключаться в недостаточной, слабой интериоризированности нормативных полоролевых паттернов поведения.

В *эмоционально-когнитивной сфере* следует отметить способность к образному эмоциональному достраиванию, представлению неодушевленных предметов как обладающих качествами и свойствами одушевленного мира (см. выше пример с игрушками, «стульчик»); навык, умение одушевлять неживой предмет, который может служить вполне реальным заменителем одушевленного.

Достаточно ярко эта способность прослеживается в ситуации правонарушения, где испытуемый описывает собственные манипуляции с телом жертвы, свидетельствующие об отношении к мертвому (безжизненному) телу, как к живому человеку («...Лазил по окровавленному трупу, *целовал*, затем *бил и проклинал*... мешал *взгляд*... действия сопровождались *ласками и грубостью*... держал ее за лицо и что-то *говорил*»). Данное нарушенное восприятие биотических (живых) и абиотических (неживых) объектов также прослеживается в сформированной самим испытуемым системе «одушевленности/неодушевленности» указанных выше объектов: «...птиц я воспринимаю нейтрально, они ближе к растительному миру». Такое искаженное восприятие биотических и абиотических объектов может отражать нарушения развития личности испытуемого в раннем возрасте. Одними из таких факторов могут являться рассказанные испытуемым эпизоды негативного отношения к нему членов семьи, отражающие формирование зависимой и обезличенной ролевой позиции испытуемого. Так, в детских играх с сестрой: «...как-то так получалось, что она держала меня за «предмет»; мать

характеризует упрямой и властной, говорит, что она иногда срывала на нем злость — «3—4 раза била меня ни за что»; был свидетелем пьяного дебоша брата, который «распинал ногой» его кубики, сам испугался, с тех пор сохранились воспоминания о нем как о грубом человеке.

При проведении психологического исследования выявляются средний уровень эмпатических тенденций, трудности в идентификации и вербализации собственных чувств и эмоций, нарушения субъективного компонента эмоциональной активности (эмоционального мышления), а также склонность к накоплению негативных эмоций, повышенная раздражительность, тенденции к проявлению агрессивных реакций, не соответствующих по силе и интенсивности вызывающему их стимулу. Отмечаются нарушение самоконтроля, неконтролируемость аффективного поведения. Перечисленные данные указывают на глубокую дефицитарность эмоциональной сферы обследуемого, отсутствие тонкой эмоциональной оценки (дифференциации) собственных переживаний, а также на искаженные формы когнитивной оценки эмоционально окрашенных переживаний.

Для раскрытия психологических механизмов аномальной саморегуляции имеют значение и выявленные выраженная аффективная фиксированность на ощущениях, переживаниях страха, боли в процессе агрессивно-деструктивного акта, бессознательное влечение (потребность) в проигрывании, отреагировании ситуаций, связанных с подобными переживаниями. Так, большое удовольствие получал от просмотра фильмов о пытках в концентрационных лагерях, об инквизиции и войнах. Особенно упомянул видеофильм под названием «Лица смерти», в котором показываются поведение животных, выражение их глаз с тревогой и страхом перед смертью. Когда убивал кота, стремился проанализировать его поведение и свои ощущения в данный момент. Часами мог наблюдать за «биогеоценозом», при этом испытывал «умиротворение», успокаивался, «мысли упорядочивались». Особенно нравилось наблюдать за тем, как циклиды пожирают других. Испытывал удовольствие от вида крови, мучений животных, а также при различных способах самоповреждений (прижигал себя сигаретами, раскаленным гвоздем, резал кожу) снимал этим внутреннее напряжение («отвлекался от черных мыслей»); ощущение боли и запах горящей плоти ненадолго приносили облегчение.

При проведении исследования выявлялись выраженная аффективная фиксированность на образах-переживаниях, связанных с ущербностью (дефектностью), калечностью человеческого тела, эмоционального состояния, а также отчетливо выраженные аутоагрессивные тенденции.

Особенности поведения в криминальной ситуации отражают амбивалентность ее восприятия: с одной стороны, потребность в аффективно-агрессивной разрядке негативного эмоционального переживания (злобы), с другой стороны, наличие сдерживающих морально-этических барьеров. Есть бессознательная потребность в дополнительной негативной самостимуляции, облегчающей осуществление агрессивно-деструктивного акта. Одним из таких малоосознаваемых механизмов является механизм деперсонификации образа жертвы. Так, ответной реакцией на вербальное оскорбление по поводу неудачно проведенного полового акта со стороны партнерши («насмешки и прочие неприличные фразы в мой адрес») было возникновение злости, но при этом «почувствовал себя *оскорбленным*, что *в семейной постели лежит проститутка*», что послужило дополнительной причиной для реализации агрессии, т.е. происходят обесценивание, дискредитация личности жертвы путем негативного определения ее социального статуса, совершающей недопустимые поступки, а также перенос (конверсия)

с фрустрированности только собственной личности на оскорбление эмоционально значимых для испытуемого морально-этических ценностей (семья, семейные отношения). Следует отметить, что по данным психологического исследования отмечается высокая просоциальность испытуемого (ориентированность на общепринятые системы ценностей), где особо выделяется эмоционально значимая ценность по отношению к семейным, супружеским отношениям.

Также очевидно влияние механизма деперсонификации на возможность реализации агрессивно-деструктивных действий, что можно отметить и в процессе совершения различных манипуляций с уже безжизненным телом жертвы: «...мне мешал ее взгляд, и я вырезал оба глаза ножом». Можно предположить, что такой аспект криминального правонарушения, как поедание жертвы, связан с действием защитного психологического механизма, в данном случае с рационализацией. Восприятие тела жертвы связывается с такими обыденными и эмоционально незначимыми понятиями, как «пища», «еда», «холодец» и т.д., что косвенно служит бессознательному уменьшению чувства вины, нивелированию и обесцениванию негативной значимости криминальной ситуации. Также не исключено, что процесс «поедания» включен в комплекс аффективно значимых переживаний испытуемого и тесно связан с реализацией агрессивно-деструктивного поведения.

Особенности поведения в посткриминальной ситуации свидетельствуют о нарушении самоидентификации: отказ от собственных действий («мной кто-то управляет»), расщепленность (двойственность, амбивалентность) представлений о «хорошем» собственном «Я» и проявлений «Я» в поведении (агрессивное поведение по отношению к объектам, находящимся в зависимом от подэкспертного состоянии — люди, животные, игрушки).

При анализе психопатологических проявлений обращает на себя внимание наличие аутистических черт в детстве, особенно в играх, затем формирование сверхценностей в виде садистических тенденций, которые, однако, проявляются в основном на неживых предметах и животных, а также в виде аутистических увлечений «биоценозом» с отчетливым релаксирующим эффектом, дисморфофобические расстройства в пубертате. Однако для диагноза парафилии, согласно критериям МКБ-10, оснований нет. Красной нитью через все аномальное поведение проходит дихотомия «живое-мертвое» — от неразличения живого и неживого в детстве («бинтовал ножку стула») до явно некрофильных актов.

Психопатологическая квалификация состояния на момент преступления может быть предметом для дискуссии, хотя нельзя оставить без внимания ряд фактов, прямо указывающих на расхождение между собственным описанием испытуемым и реальной картиной, восстанавливаемой по объективным данным, нарушения восприятия времени, на наличие в тот период психомоторного возбуждения с ажитацией и автоматизмом действий, дереализационных компонентов и, что, возможно, самое примечательное в контексте основного расстройства — на неразличение факта смерти как такового (продолжающийся вербальный контакт с трупом, ошибочное впечатление о длящихся реакциях умершей и т.п.). В целом же выраженность расстройств идентичности такова, что даже при малейшем нарушении сознания типа алкогольной интоксикации могли выявиться некрофильные тенденции, что неоднократно наблюдалось в анамнезе.

В данном случае определяющими явились дефекты, напрямую не связанные с нарушениями сексуальности, а отражающие не менее фундаментальные расстройства самосознания.

Нижеприведенное наблюдение иллюстрирует более часто встречающиеся ситуации, в которых значимыми оказываются искажения именно сексуальности, однако до определенного момента существующие в неявном, скрытом виде.

С., 1975 г.р., обвинялся в убийстве гр-ки А., 1975 г.р. По показаниям испытуемого, 09.03.96 г. приехал в гости к сокурснице А. Выпили вместе четверть бутылки джина, начали пить водку. Примерно в 24 ч испытуемый и А. прошли в спальню, А. толкнула его на диван, сняла платье. «Не хотел заниматься с ней сексом», но она начала целовать его, после этого «занялись оральным сексом»; при этом она периодически называла мужские имена, спрашивала, «будет ли он с ней». Испытуемый предложил ей выпить водки. А. пить не стала, отбросила чашку, упав около дивана. Он посадил ее на диван, сел рядом, обнимались «и упали на пол». А. снова стала что-то кричать и бить его руками по лицу, в результате чего у испытуемого началось носовое кровотечение. Испытуемый тоже начал бить ее, при этом они кричали. Рядом лежал провод от удлинителя. Испытуемый повалил А. на спину и задушил проводом. В момент удушения она била его руками и, когда он ее задушил, «ее тело оказалось перевернутым на живот». Около 5 мин сидел на диване, «не мог поверить, что ее задушил», затем прошел на кухню, взял три ножа, вернулся и нанес ей несколько ударов (не помнит точное число) «для того, чтобы определить, мертвая ли она». Снял с нее нижнее белье (чулки, комбинацию, трусы), надел на себя; надел на себя и ее джинсы, кофту, жакет. Затем прошел на кухню, стал пить томатный сок, после этого оставил зажженную сигарету, включил газ, бросил несколько спичек в спальню на одежду А., забрал свои вещи и вышел из дома. По дороге выбросил свою рубашку, испачканную кровью, и вышел на другую улицу, где был задержан сотрудниками милиции.

Из материалов дела и со слов испытуемого известно, что наследственность психопатологически не отягощена. Единственный ребенок в семье, беременность испытуемым протекала с токсикозом 2-й половины, родился с родовой травмой. В возрасте 4 дней попал в больницу с диагнозом сепсиса новорожденных. Находился на лечении около месяца, после этого состоял на учете до 3—5 лет, до года отставал в физическом развитии. Страдал приступами ночной рвоты, а также энурезом. Перенес корь, скарлатину, коклюш, краснуху, отит. Страдает косоглазием. Отношения с родителями были хорошие, общался в равной степени как с отцом, так и с матерью. Играл в футбол, волейбол, прятки. До 9 лет был общительным ребенком, имел много друзей. Никогда не дрался, с его слов, «скорее был миротворцем». Отмечает, что всегда было легче общаться со старшими. Помогал родителям по хозяйству. Отец погиб в автокатастрофе, когда испытуемому было 9 лет; в дальнейшем воспитывался матерью. После смерти отца он «замкнулся в себе», перестал дружить и общаться со сверстниками, в основном общался с матерью. Увлекался философией, литературой, историей; любил готовить.

Психическое состояние. Сидит, положив ногу на ногу, жесты плавные, округлые, смотрит на врача, иногда кокетливо улыбается, мимика обеднена. Голос модулированный, мышление последовательное. Настроение ровное, эмоциональные реакции сглажены. Подробно рассказывает о сексуальном развитии без смущения. Делит женщин на две категории: сокурсницы и «девушки легкого поведения». Говорит, что главное — общение с женщиной, а не сексуальные отношения; предпочитает ласки, а не половой акт. Отмечает, что ему легче общаться, находить общий язык, взаимопонимание с женщинами; к мужчинам относится как к деловым партнерам, а не как к друзьям. Говорит, что легче быть женщиной, так как мужчина должен брать на себя ответственность, «должен обладать качествами...», после паузы повторяет эту же фразу, не может закончить ее. Сообщает, что у него не было желания вступать с А. в половую связь, говорит, что она «фактически его изнасиловала», «пыталась вводить ему в рот свои половые органы». Била его, после того, как она разбила ему нос, «переклинило», была вспышка ярости, повалил ее на спину, надавил на шею лежавшим между ними шнуром от удлинителя. Не помнит, как затягивал провод, как переворачивал тело, сразу после этого «был в шоке», не может

вспомнить, сколько времени просидел возле трупа. Затем возникло желание «унизить ее», «выместить накопившуюся агрессию, на которую никогда не отвечал». Взял на кухне три ножа, несколько раз ударил ими А. Не помнит, сколько раз и куда бил. Сразу после этого «стало спокойнее». Одел белье, одежду потерпевшей; говорит, что этим «тоже, наверное, унижал ее». После этого появился страх, выбежал из квартиры.

Сексологическое исследование. Со слов испытуемого, с детства общался в равной степени с ребятами и с девочками. На девочек стал обращать внимание с 15 лет, однако они им не интересовались. Мастурбация примерно с 14 лет, без четкой периодичности. Представлял при этом одноклассниц. Первая эякуляция в 14 лет при мастурбации. С 15 лет снятся ласки с ровесницами, половые акты редко. Первый половой акт в 12 лет с ровесницей по ее инициативе. Согласился из любопытства, «спортивного интереса», не было оргазма, эякуляции, после этого до 16 лет «потерял к этому интерес». В 16 лет был половой акт с ровесницей по его инициативе, оценивает положительно. С этого возраста были контакты с девушками «легкого поведения». На 2-м курсе около года поддерживал отношения с сокурсницей, половых контактов с ней не было, хотя она проявляла инициативу; говорит, что не вступал с ней в половую связь, «возможно потому, что хотел на ней жениться». Объективно: средний тип половой конституции.

Диагноз: острый полиморфный (садизм, трансвестизм), псевдопарафильный синдром; дисгармония пубертата (задержка психосексуального и ретардация соматосексуального развития).

Выявленное у испытуемого сочетание признаков задержки психосексуального развития в виде отсутствия любопытства, направленного на половые признаки в детском возрасте, отсутствия периода дистинкции, гипертрофии эротической стадии развития либидо с нормативными показателями соматосексуального развития свидетельствует о дисгармонии пубертата. Агрессивные действия при совершении правонарушения (удушение жертвы, нанесение ножевых ударов), переодевание в женскую одежду свидетельствуют об аномальных тенденциях в сфере сексуального влечения. Отсутствие девиантной идеаторной активности, а также стереотипных, повторных девиантных действий не позволяет установить диагноз парафилии.

Однако в клинической практике встречаются случаи, когда объект и активность внешне настолько не связаны с сексуальной сферой, что диагностика парафилии становится практически невозможной на основании исключительно клинических критериев.

Б., 1977 г.р., обвинялся во множественных нападениях на подростков, во время которых обыскивал карманы, иногда заставлял расстегивать и поднимать куртку, отбирал деньги, угрожая словами или молча, наносил несколько ударов ножом или заточкой в область груди, живота.

Из материалов дела и со слов испытуемого известно, что родители отца являются двоюродными братом и сестрой по материнской линии. Отца характеризует вспыльчивым. Отец часто обзывал сына «дураком», «идиотом», хлопал по голове. Отношения с отцом называет «прохладными». Мать спокойная, добрая, с ней эмоционально ближе. Во время беременности у матери развилась преэклампсия, в анамнезе нефропатия. Роды быстрые, со стимуляцией, дородовое излитие вод. После выписки из роддома плохо спал, сильно кричал по ночам. В семимесячном возрасте был осмотрен детским невропатологом, поставлен диагноз: «последствия перинатальной гипоксии, повышенная нервно-рефлекторная возбудимость». Страдает близорукостью, астигматизмом и цветоаномалией. Помнит, что в детстве часто снилось, что его с матерью разлучают, насильно куда-то увозят, в страхе просыпался. Отца видел во сне только однажды — «без лица». Один раз во сне видел «свой труп на дне озера». Часто жаловался на головные боли, разговаривал и кричал во сне, звал мать и просил посидеть с ним, потому что ему «снятся странные сны и он боится темноты». До 9—10 лет во время игр «упускал мочу». Из показаний матери известно, что в 1-м классе его били ребята, то же в пионерском лагере, после чего

была «сильная истерика», о причинах не говорил. До 15 лет мать купала его. Часто совершал поступки, делая как бы наоборот тому, что от него требуют; говорил, что он «так хочет», или не мог объяснить своих поступков. Часто был раздражительным без повода, ругался с матерью и сестрой. Довольно часто в разговорах как бы придумывал и описывал определенные эпизоды за своего собеседника, давая совершенно противоположную оценку событиям, заговаривался, не воспринимал объяснений, переиначивал сказанное на свой лад, совершенно искажая смысл происходящего. Испытуемый отмечал, что изменился по характеру с 1993 г., после того, как избил хозяин машины, которую он пытался угнать (ставил на колени, связал руки за спиной, бил ногами по голове); его «бросили все друзья», «обозлился на весь мир». Считал, что стал раздражительным, мог «взорваться и наговорить грубостей», появились «провалы памяти». Как пример приводит ситуацию, когда его знакомый утверждал, что испытуемый звонил ему и договорился о встрече, сам он этого не помнил. С этого же времени стали сниться часто сны, в которых «какие-то монстры разрывали его на части».

Сексологическое обследование. Предпочтения в играх мальчиков или девочек не было, любил играть «в войнушку». Любопытство к половым органам девочек отрицает. С 12 лет дружил с одноклассницей. Со слов матери, много времени проводили вместе, однако он неоднократно заявлял, что не женится на ней по причине ее трудного характера. Переживал, когда та получила предложение выйти замуж. Со слов испытуемого, девочки стали нравиться с 15 лет, но никак этого не проявлял. С 17 лет стал встречаться с ровесницей, одноклассницей, целовался с ней. В 18 лет была попытка полового акта по обоюдной инициативе, однако помешали посторонние. Сказал, что после неудачи первой попытки не было условий для встреч наедине; мать девушки старалась не оставлять их наедине. Отношения с девушкой были «неровными», сделал ей предложение, был неприятно удивлен, когда она сказала, что подумает. Узнав о том, что ей сделал предложение другой, очень переживал, однако даже после ее отказа отношения стали «прохладными». Эротические сны и фантазии отрицает. Мастурбацию отрицал, говорил, что видел, как этим занимались мальчишки, однако себя сдерживал, не занимался этим. Объяснить причину отрицательного отношения к онанизму затруднялся, сказал, что, возможно, опасался того, что мать каким-то образом по его внешнему виду узнает об этом. Даже после свиданий и ласк в состоянии сексуального возбуждения «сознательно отвлекал себя какими-нибудь занятиями». Первая эякуляция в 15 лет при ночной поллюции. Затем поллюции примерно 1 раз в месяц. Отрицает половые акты с женщинами.

В 12 лет во время пребывания в пионерском лагере был эпизод, когда вечером шел по лесу последним в группе ребят. Вдруг почувствовал, что ему сзади кто-то зажимает рот рукой, ощутил руку на плече, и его потянули назад. Дальше потерял сознание, очнулся в лесу, было ощущение боли в заднем проходе. «Тогда ничего не понял, хотя нас предупреждали, что в этой местности бродит сексуальный маньяк, который насилует мальчиков». Никому об этом не сказал. В 15 лет после просмотра видеофильма с гомосексуальными актами «понял, что со мной сделали», в течение недели переживал, было подавленное настроение, испытывал «ужасное омерзение», позже неоднократно ругал себя за то, что стал смотреть этот фильм. Сказал, что когда смотрел соответствующие сцены, то возникло желание убить «эту парочку». Страшно возмущали всякие сюжеты про сексуальные меньшинства по телевизору. Стал тренироваться определять гомосексуалов по внешнему виду на улице, обращал внимание на жесты, походку, манеру разговаривать, смотреть на часы, обувь. Был очень доволен, когда однажды, чтобы проверить, пошел за одним и увидел, что тот пришел к Большому театру. Когда девушка сказала такое про одного их общего знакомого, то стал избегать не только его самого, но и всех общих с ним знакомых.

Из показаний испытуемого следовало, когда в 1989 г. он был в пионерском лагере, то ребята, жившие с ним в одной палате, издевались над ним. С тех пор он испытывал неприязнь к подросткам определенного телосложения и цвета волос — нормальное телосложение и русые волосы. Утверждал, что выходил, чтобы найти жертву, которой мог бы причинить телесные повреждения, что ему нравилось.

когда другому человеку было больно, когда они страдали. «Я выбирал подростков специально, так как они слабее меня». Выслеживал замеченного подростка до подъезда или лифта. Отобранные деньги часто выбрасывал. Наносил удары ножом не с целью убить или ограбить, а «хотел унизить, причинить телесные повреждения». Нападения совершал исключительно с целью их физического унижения, а не ограбления. Деньги требовал с той целью, чтобы скрыть свои истинные намерения.

Из показаний потерпевшего М., 1980 г.р., следовало, что испытуемый заставил расстегнуть и поднять куртку, сказал, что будет искать деньги, однако не обыскивал. Из показаний потерпевшего К., 1980 г.р., следовало, что испытуемый связал ему руки за спиной, поднял рубашку спереди, залез под нее рукой и примерно 10 мин оглаживал рукой тело, затем ударил коленом в живот и нанес удар ножом сзади в грудь.

Психическое состояние: держится достаточно свободно, манерен, мимика несколько обеднена, жесты округлые. Мышление с чертами обстоятельности, настроение ровное. Утверждает, что не помнит точно ни одного эпизода, жертв при очных ставках не узнал, кроме одного случая, когда лицо «показалось знакомым». Вместе с тем допускает, что из-за провалов памяти мог не помнить о своем поведении, хотя никаких причин для него не видит. Утверждает, что писал признательные показания «под диктовку следователя» после того, как услышал, что к нему домой поедут с обыском, стал тревожиться за судьбу матери и сестры. Рассказывал, что в тюрьме неоднократно снился сон, в котором видел, как кто-то в милицейской форме насилует его мать и сестру. Примерно за месяц до задержания видел «вещий» сон, в котором были все обстоятельства задержания, повторившиеся в реальности. С возмущением отрицал эпизод «оглаживания». Согласился с тем, что связывать жертв стал после истории с избиением. Сообщил, что ограбление жертв совершал «для маскировки», с одной стороны от милиции, «чтобы не выглядело как покушение на убийство», с другой, — для жертвы. Не понимает неадекватности своего объяснения по поводу ограбления жертв. Заявил, что во время первых нападений действительно осознавал желание унизить жертву, но потом это исчезло. С большой степенью заинтересованности обсуждал гомосексуальную тему, дал невербальную реакцию («кривая» улыбка при застывании лица), вербально декларировал осуждение, возмущался тем, что по телевизору показывают такого рода сюжеты; при этом начинал рассуждать, что отсутствие в репортажах словесного осуждения такого поведения может дезориентировать детей. Подробно излагал те особенности невербального поведения гомосексуалистов, которые позволяли ему опознать их, «даже если они маскируются». Заявил, что если видел со стороны такого субъекта сексуальный интерес к себе, то он вызывал «еще большее отвращение», чем тот «просто голубой» и такого интереса нет.

Соматический статус: оволосение лобка в 14 лет, горизонталь по женскому типу, оволосение подбородка в 18 лет. Половая система: половой член — длина 7 см, окружность 11 см; мошонка — тонус снижен, пигментация отсутствует, складчатость не выражена; яички — правое 2,5×3,5 см, левое 2,8×3,8 см, консистенция тугоэластическая; придатки — правый 1,4 см, левый 1,8 см, консистенция эластическая; предстательная железа — форма обычная, размеры не увеличены, консистенция тугоэластическая, борозда сглажена, болезненность умеренно выражена. Половая конституция: 1 — 1(?), 2 — 2, 3 — 2, 4 — 2, 5 — 1; Кг = 1,75; Ка = 1; Ка/Кг = 0,57; Кф = 1,6; ТИ = 1,89; индекс Таннера = 74,5 (гинекоморфия); P.E. = 106,67.

Диагноз: псевдопарафильный синдром (гомосексуальная эфебофилия), тотальная задержка пубертатного развития.

Сочетание признаков ретардации психосексуального развития в виде выпадения стадий любопытства к половым органам противоположного пола и дистинкции, позднего пробуждения и редукции сексуального либидо и задержки соматосексуального развития в виде оволосения лобка по женскому типу, гинекоморфии, низкого ТИ и гипогонадизма позволяют говорить о тотальной задержке пубертата.

Отсутствие предпочтения по полу в выборе партнера по играм в детстве, переживание психологического дискомфорта в общении со сверстниками и негативное

отношение к физиологическим проявлениям пола позволяют говорить о нарушении половой идентичности слабой степени выраженности.

Стереотипность поведения (манипуляции типа ощупывания с нанесением ножевых ударов в туловище) с достаточно жестко фиксированным выбором объекта (возраст, телосложение), выявленная фиксация на гомосексуальной тематике, доходящая до степени сверхценности, а также эпизод с эротическим поведением в отношении жертвы не противоречат предположению об аномалии сексуального влечения в виде гомоэфебофильного садизма, однако отсутствие таких клинических критериев как идеаторная активность, внешне несексуальный характер поведения позволяют говорить о псевдопарафильном синдроме.

Анализируя этот пример, можно говорить о неосознаваемом характере парафилии. К. Имелинский (1986), характеризуя механизм вытеснения у лиц с сексуальными девиациями, пишет, что «вытеснение является крайней формой отвергания девиации личностью, возможное благодаря хорошему функционированию защитных механизмов. Девиантная сексуальность включается (вплоть до ее исчезновения и невозможности распознавания) в несексуальную социальную активность, которая субъективно не осознается как сексуальная. Лишь изредка, в той или иной ситуации и в том или ином виде, скрытые девиантные импульсы проявляются и позволяют распознать сексуальную мотивацию, лежащую в основе «внесексуальных» форм социального поведения. Насколько данная концепция будет использована в диагностике, зависит от теоретических воззрений эксперта.

Анализируя вышепредставленные клинические примеры псевдопарафильных состояний, можно отметить, что если случаи Г. и С. и частично Ч. относились к группе временных состояний, то случаи Б. и Ч. сближает наличие критериев аддиктивного поведения, рассмотренных в главе 5.

Таким образом, к псевдопарафильному синдрому, очевидно, следует относить случаи, когда девиантный поведенческий акт имеет такие сходства с парафильным, как ненормативный объект и/или активность, и такие отличия, как отсутствие идеаторной активности и первичность эпизода либо отсутствие устойчивого предпочтения при наличии нескольких эпизодов. Можно выделить две основные группы лиц с аномальным сексуальным поведением: 1) лица с клинически очерченными формами парафилий или полиморфным синдромом; 2) лица с псевдопарафильным поведением в рамках различных форм аддиктивного поведения или временных состояний (табл. 9.1). Если в первом случае можно говорить о сходстве прежде всего регулятивных механизмов, то во втором имеющиеся расстройства половой идентичности могут определять и содержательную сторону переживаний и поведения.

Вышеприведенные примеры свидетельствуют о неразрывности нарушений половой идентичности и аномального поведения. В целом же можно с уверенностью сделать вывод, что даже относительно изолированные нарушения любого этапа психосексуального развития (половое самосознание, полоролевое поведение, психосексуальные ориентации) содержат патогенетические основы девиантного поведения, которые на внешнем, феноменологическом уровне могут как совпадать, так и существенно различаться. Точно также связаны нарушения поведения и патология копулятивного цикла. Особое место здесь занимает сочетание пароксизмальных эпилептических состояний и оргазмоподобных переживаний, судебно-психиатрическое значение которых остается в должной степени недооцененным.

Таблица 9.1. **Временные состояния**

Квалификация расстройств сознания	Аномальное сексуальное поведение	Авторы, год
Сумеречные состояния при эпилепсии	Эксгибиционистский акт	R. Krafft-Ebing (1909)
Истерическое сумеречное состояние	Насильственный половой акт	Дежерин (1928)
Аффективное сужение	Сексуальное возбуждение при фетишизме	Э.Н. Разумовская (1935, 1938)
Дезинтеграция сознания	Расторможение инстинктов и влечений, в том числе сексуальных	М.О. Гуревич (1948)
Сумеречные состоянии при базально-стволовых поражениях головного мозга	Сексуальное возбуждение, эксгибиционистский, педофильный, «содомический» акты	А.С. Шмарьян (1949)
«Выключение» при эпилептическом припадке	Фетишистские действия с оргастической разрядкой	W. Mitchell и соавт. (1954)
Нарушение при психомоторном припадке, в постиктальном периоде (при височной эпилепсии)	Сексуальное возбуждение, насильственный половой акт, эксгибиционистский акт	H. Gastaut, H. Collomb (1954)
Помрачение при психомоторном припадке	Эякуляция	E. Niedermeyer (1957)
Психомоторный припадок при опухоли височной доли	Пароксизмы гиперсексуальности	D. Bente, E. Kluge (1953), P.C. Reeth и др. (1958), H. Lachner (1959), S. Parigi (1964)
Помрачение при психомоторном припадке	Сексуальное возбуждение с соответствующими генитальными ощущениями	D. Bente, E. Kluge (1953), P.C. Reeth и соавт. (1958), F.R. Freemon, A.H. Nevis (1969)
Помрачение при психомоторном припадке	Эксгибиционистский акт	A. Kolarsky, K. Freund (1967), D.C. Taylor (1969), G.D. Sukla и соавт. (1979), J.M. Ellison (1982)
Сумеречное помрачение при эпилепсии	Внезапные сексуальные побуждения, сексуальные автоматизмы	Г.С. Скрипкару, Т. Пирожинский (1969)
Различные варианты сумеречных состояний с колебаниями глубины при психомоторной эпилепсии	Эксгибиционистский акт	А.И. Плотичер (1964), Г.Б. Абрамович, В.К. Каубиш (1969)
Помрачение при эпилептическом припадке	Гиперсексуальность, гомосексуальный, фетишистский, трансвеститский акты	D. Blumer (1967, 1969, 1975)
Постиктальная фаза височного припадка	Эксгибиционистский акт	D. Blumer, A.E. Walker (1975)
Помрачение при психомоторном пароксизме	Педофильный акт	H. Hooshmand и др. (1969), Х.З. Хаит (1970)
Оглушенность, ориентированные расстройства при диэнцефальных кризах	Парафильные акты, эксгибиционистский, садистический, вуайеристский (в том числе при полиморфном парафильном синдроме)	Г.К. Дорофеенко (1979)

Квалификация расстройств сознания	Аномальное сексуальное поведение	Авторы, год
Психогенное сужение поля сознания	Эксгибиционистский акт	P. Snaith (1983), К. Имелинский (1986)
Сумеречное состояние при эпилепсии	Эксгибиционистский акт	H. Mester (1984)
Сумеречное состояние при эпилепсии	Хаотичные, стереотипные насильственные сексуальные действия	С.П. Позднякова и соавт. (1986)
Оглушенность, аффективное сужение, сумеречное помрачение	Эксгибиционистский акт	Б.В. Шостакович, А.А. Ткаченко (1992)
Сумеречные состояния при опухолях лобно-височных областей мозга	Сексуальные автоматизмы мастурбации, эксгибиционизма, педофильных действий	Л.О. Бадалян и соавт. (1996)

Еще Гиппократ описывал «приступы эротического экстаза» при эпилепсии. З. Фрейд не случайно объяснял эпилептический припадок разрядом чрезмерно накопившегося либидо, а сам припадок, по его мнению, соответствует коитусу. В связи с этим утвердилась психоаналитическая точка зрения на сладострастное самопровоцирование как на сексуальное эрзац-действие. Примечательно, что эти воззрения нашли подтверждения в последующих исследованиях биоэлектрического потенциала коры, обозначивших сходство между электрическими разрядами во время эпилептического припадка и разрядами во время оргазма. В обоих случаях наблюдаются явления возбуждения всей мозговой коры, что выражается мышечными подергиваниями, сужением поля сознания и вегетативными изменениями. После припадка, как и после оргазма, наступают расслабление, разрядка, сонливость, усталость, хотя в первом случае эти проявления выражены в большей степени. Часто приводятся данные R. Mosovich и K. Tallaferro (1954), которые провели серию электроэнцефалографических исследований у 6 человек (3 женщин и 3 мужчин), мастурбировавших в изолированном помещении до появления оргазма. Характер ЭЭГ при этом был подобен записи во время эпилептического припадка, причем фаза напряжения при оргазме электрофизиологически напоминала тоническую фазу судорожного приступа, а фаза релаксации — клоническую. На основании этого авторы пришли к закономерному выводу, что, независимо от различия причин разрядов, их физиологические механизмы должны быть одними и теми же или весьма похожими.

Л.О. Бадалян, П.А. Темин, К.Ю. Мухин (1996) выделяют 4 варианта взаимосвязи пароксизмальных эпилептических состояний и эротических переживаний:

1) эпилептические приступы оргазма — один из видов эпилептических сексуальных пароксизмов, относящихся к простым парциальным приступам, типичным проявлением которых является ощущение переживания оргазма во время приступа. Они могут сочетаться с судорожными приступами, обычно парциальными, психосенсорными пароксизмами, абдоминальными приступами. Чаще они возникают в самом начале эпилептического приступа, при этом возможны потеря сознания и появление судорог по мере его развития, т.е. происходит трансформация: простой парциальный приступ — сложный парциальный приступ — вторичная генерализация.

В отличие от физиологического оргазма эпилептический может ощущаться больными локально, возникает при отсутствии сексуальной стимуляции, не подавляется волевым усилием, нередко сочетается с другими эпилептическими феноменами. Подчеркивается ведущая роль в их генезе церебральных опухолей, причем во всех случаях новообразования поражают правое полушарие, очаг же локализуется преимущественно в глубинных (медиобазальных) отделах височных долей или в задней центральной извилине теменной доли с иррадиацией в височные структуры;

2) эпилептические сексуальные автоматизмы — пароксизмы мастурбации, эксгибиционизма, педофильных действий и т.п. — возникают при сложных парциальных приступах и протекают в сумеречном состоянии сознания с последующей амнезией. Эпилептический очаг при данных приступах обычно локализуется в лобно-височных областях мозга;

3) пароксизмальные неэротические генитальные ощущения проявляются приступообразными болевыми ощущениями, покалыванием, зудом, ощущением распирания в области половых органов. Эротические ощущения и оргазм при этом отсутствуют. Такие приступы классифицируются как простые парциальные соматосенсорные. Очаг патологической активности локализуется преимущественно в области задней центральной извилины и парацентральных долек теменной доли;

4) оргазмолепсия — эпилептические приступы, возникающие в момент коитального оргазма. Очаг эпилептической активности находится рядом с корковой зоной оргазма и возбуждается при оргазме.

Б., 37 лет, обвинялся в убийстве женщины. Его старший брат состоял на учете в ПНД с диагнозом шизофрении, родная сестра страдала эпилепсией. Сам он в 13—14 лет страдал сомнамбулизмом, о чем знает от матери и старшего брата. В школьные годы часто жаловался на головную боль, обращался за помощью к невропатологу. В армии занимался боксом, переносил нокауты. В дальнейшем также неоднократно получал черепно-мозговые травмы с признаками сотрясения головного мозга. Из показаний жены известно, что он в нетрезвом виде часто терял над собой контроль, становился «каким-то невменяемым», мог без причины обругать, ударить, насильно заставлял заниматься оральным сексом, при сопротивлении избивал. В течение последнего года она заметила, что во время половых контактов он становился агрессивным, во время оргазма несколько раз пытался ее душить, потом не мог вспомнить своих действий. Она поясняла, что он часто общался «с дешевыми проститутками», заразил ее сифилисом; сообщила также, что он любит «мазохистскую любовь», т.е. когда ему оказывают сопротивление во время полового акта. Как следовало из показаний его знакомой, однажды он приехал к ней домой и изнасиловал ее; при попытках сопротивления возбуждался еще больше. От своей подруги — жены испытуемого — она знала, что он жесток с ней, несколько раз чуть не задушил ее во время полового акта. Обвинялся в том, что после совместного распития спиртных напитков в ходе совершения полового акта с ранее незнакомой ему женщиной обхватил руками ее за шею и задушил. По показаниям брата, находившегося в тот момент в соседней комнате, он проснулся от крика испытуемого: «Паша, вызывай «скорую», кажется, девка померла!» Когда он зашел в комнату, то увидел, что испытуемый склонился над женщиной и делал ей искусственное дыхание. При допросах испытуемый пояснял, что многократно вступал ночью в интимную близость с потерпевшей и во время очередного полового акта у нее вдруг «разъехались ноги», он просил ее «не валять дурака», однако затем, перевернув ее на спину и включив свет, увидел, что у нее посинели губы. В ходе экспертного исследования в Центре при ЭЭГ-обследовании были выявлены изменения биоэлектрической активности с признаками дисфункции диэнцефальных структур и снижение порога судорожной готовности. Эпилептиформные знаки были акцентированы в левой височной области. В ходе беседы пояснял, что к 30 годам у него появились приступы беспричинной раздражительности и злобы. Отмечал также в последнее

время повышение аппетита, когда был «готов есть целый день» и сексуального влечения. В последние годы наблюдал у себя состояния «отключения сознания» при езде в автомобиле: приходя в себя, понимал, что проехал отрезок пути, не замечая дорожных знаков и светофоров. Однажды ночью «проснулся в замкнутом пространстве» и несколько минут не мог понять, где находился, пока не догадался, что стоит в туалете, хотя не помнил, как вставал с кровати. Сообщал, что в период нарастания сексуального возбуждения у него «выплескивается физическая энергия», и в этот момент он может сжать, причинить нечаянно боль партнерше, причем сам не чувствует этого, так как во время полового акта у него бывают «провалы в памяти». Впервые узнал об этом от первой жены. Впоследствии женщины часто обижались на него. Объяснял, что «до какого-то предела может приостановить быстрое нарастание возбуждения и не дать волю своей энергии», однако далее «тело начинает сводить и трясти от напряжения». Утверждал, что смерть потерпевшей была для него полной неожиданностью, помнил, как неожиданно ему показалось, что ее тело стало «каким-то безжизненным», в этот момент прекратил половой акт и, перевернув ее, понял, что девушка умирает.

Комиссия пришла к заключению, что Б. страдал эпилепсией, указав, что в момент инкриминируемого ему деяния у него наблюдалось возникновение эпилептического пароксизма, рекомендовала признать его невменяемым.

В данных случаях не должно смущать наличие девиантных тенденций и аномальных поведенческих реализаций вне пароксизмальных сексуальных проявлений. Те же оргастические приступы в высоком проценте случаев заканчиваются сексуальными автоматизмами в виде мастурбации, эксгибиционистских и педофильных акций в сумеречном состоянии сознания [Бадалян Л.О. и др., 1996]. У этих больных также констатируются различные парафильные нарушения и в межприступном периоде. В связи с этим актуальной становится дифференциация у них пароксизмальных и непароксизмальных девиантных проявлений.

А.Н. Лачкепиани (1990), причисляя пароксизмы гиперсексуальных состояний при височной эпилепсии к таким редким эпилептическим феноменам, как синдром Эббеке, «множественная личность» и «личностная и поведенческая диссоциация», проводит сравнение между их проявлениями у детей и взрослых. Мозг последних, указывает он, отличается от детского мотивированностью эмоций, но с характерным *переходным режимом работы* в период припадка. Первоначально возникновение гиперсексуального состояния всецело обусловлено активностью эпилептического очага, однако, в дальнейшем, на фоне измененного сознания, включаются механизмы самораздражения.

Следует учитывать и тот факт, что больные височной эпилепсией, у которых в основном наблюдаются подобные феномены, отличаются качественными изменениями эмоциональной сферы, что также играет важную роль в реализации гиперсексуальных состояний. В. Махлейдт (1999) приводит мнение об участии влечений в самопровоцировании эпилептических припадков, когда случайно приобретенный опыт провоцирующего воздействия определенной сенсорной (и, надо полагать, психофизиологической) стимуляции в дальнейшем используется для воспроизведения этих аффективно окрашенных переживаний. В связи с этим даже предполагается особое участие расстройств влечения в механизмах эпилепсии — в виде так называемого влечения к припадкам.

В заключение отметим, что приведенные данные еще раз указывают на некоторую условность разграничения аномалий сексуальности по их отношению к психофизиологическим и поведенческим проявлениям, поскольку рассмотренные «псевдопарафильные» варианты могли быть включены и в первый раздел данной главы, посвященной нарушениям копулятивного цикла.

Глава 10

Сексологическая экспертиза обвиняемых в сексуальных преступлениях

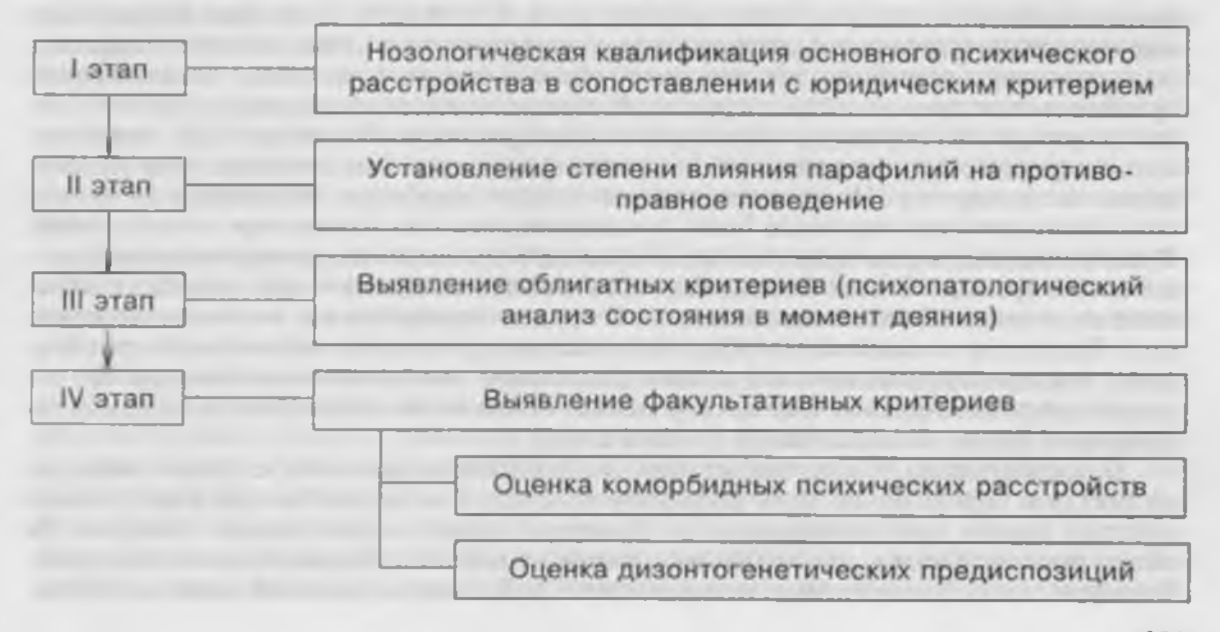
Экспертиза обвиняемых в сексуальных деликтах относится к центральным видам комплексных сексолого-психолого-психиатрических исследований, и не только из-за наибольшей ее распространенности. Значение ее заключается в том, что она предопределяет синтетический характер сексологического анализа, реализующего во всем объеме дизонтогенетический принцип диагностики с интеграцией частных задач, встающих в других экспертных ситуациях. Одновременно этот вид экспертизы позволяет наиболее эффективно взаимодействовать с психиатрами и психологами для достижения конечного интегративного вывода о вменяемости, максимально раскрывать возможности комплексного принципа исследования. Алгоритм решения данной задачи очевиден (схема 10.1), однако его практическое приложение требует детального рассмотрения. Недостаточная ясность смыслового насыщения и методического подкрепления каждого из этапов приводит к ошибочным экспертным выводам.

Р., 24 лет, обвинявшемуся в попытке изнасилования, были первоначально назначены три последовательных экспертных исследования: психолого-психиатрическое, сексологическое и психологическое. Приводим их заключения практически без изменений.

Стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Отец страдал шизофренией, покончил жизнь самоубийством. Испытуемый Р. родился в семье рабочего единственным ребенком. В развитии от сверстников не от-

Схема 10.1

Принципы судебно-психиатрического анализа при парафилиях



ставал. По характеру с детства рос спокойным, в меру общительным. В школу пошел своевременно, при удовлетворительной успеваемости окончил 8 классов общеобразовательной школы и поступил в железнодорожный техникум, однако со 2-го курса учебу оставил из-за плохой успеваемости. Устроился формовщиком на завод и одновременно учился в вечерней средней школе. Служил в строительных войсках, в период службы был неопрятен, неряшлив, не соблюдал правил личной гигиены, за собой не следил, был замечен в воровстве, употреблял одеколон, мог рыться в урнах в поисках окурков. Был недисциплинирован. Отмечались сноговорения, ночной энурез. В связи с таким состоянием был впервые направлен в психиатрическую больницу, где находился около 2 мес. Владел небольшим словарным запасом, суждения были примитивные, конкретные, торпидные. Невропатологом выявлена резидуальная рассеянная органическая симптоматика. Был выписан в воинскую часть, однако продолжал оставаться неряшливым, недисциплинированным, убегал из части, ночевал в подвалах, канализационных люках, ни с кем не общался. Повторно находился на лечении в той же больнице в течение 1 мес. Выписан с диагнозом: легкие остаточные явления органического поражения головного мозга. В последующем продолжил службу в строительных войсках, где выполнял работу каменщика, и был уволен из армии по окончании срока службы. Вернулся по месту жительства, работал на заводах. В возрасте 27 лет впервые был привлечен к уголовной ответственности за попытку изнасилования. В процессе предварительного следствия был освидетельствован в областном психоневрологическом диспансере амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссией, которая пришла к заключению, что Р. психическим заболеванием не страдает, у него имеются остаточные явления органического поражения головного мозга с легким интеллектуально-мнестическим снижением. В отношении инкриминируемого преступления комиссия рекомендовала считать его вменяемым. В последующем Р. был осужден на 4 года лишения свободы. Через год отбывания наказания в ИТК общего режима был переведен на поселение, где получил черепно-мозговую травму (ударили топором по голове). С диагнозом: открытая черепно-мозговая травма, рубленый перелом слева лобной кости с повреждением лобной пазухи; ушиб головного мозга; рубленая рана большого пальца левой кисти находился на лечении в хирургическом отделении центральной больницы. Был выписан в удовлетворительном состоянии с ограниченной трудоспособностью. Освободился из мест лишения свободы по окончании срока наказания. Вернулся по месту жительства, где продолжал работать формовщиком на заводе. Дважды был женат, однако семейная жизнь не сложилась, и оба брака были расторгнуты. По месту жительства характеризуется удовлетворительно. На учете в областном ПНД и наркологическом диспансере не состоит. 17.12.95 г. около 20 ч 15 мин в лифте подъезда дома испытуемый с применением физической силы пытался изнасиловать гр-ку Щ. 19.02.96 г. он был представлен амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии, которая вопросов, поставленных следствием, не решила и рекомендовала проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Р. поступил на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в областную психиатрическую больницу. При поступлении и первое время в отделении был спокоен, ориентирован, понимал цель направления на экспертизу. На вопросы отвечал в плане заданного. Жаловался на плохой сон, периодические головные боли, усиливающиеся при изменении метеоусловий. Фиксировал внимание врача на перенесенных в прошлом неоднократных черепно-мозговых травмах. В ходе беседы был обстоятелен, сведения о себе излагал с мельчайшими несущественными деталями. С трудом переключался на новые ассоциации. Выявлены низкий запас общеобразовательных знаний, достаточная ориентировка в вопросах практической жизни. Мышление его было обстоятельным. Не отрицал инкриминируемое ему преступление, понимал его подсудность, активно защищался. Бреда, галлюцинаций не отмечалось.

В последующем Р. стал недоступен продуктивному контакту, с трудом выходил на беседу к врачу, ни на один вопрос не отвечал. В процессе беседы сидел, низко опустив голову, на собеседника не смотрел, периодически тяжело вздыхал. За своим внешним видом не следил, не отвечал на вопросы окружающих в отделении. Большую часть времени проводил в постели, укрывшись с головой одеялом. Пери-

одически отказывался от приема пищи, прогулок. 25.04.96 г. комиссия врачей-психиатров пришла к заключению, что у Р. имеются признаки временного болезненного расстройства психической деятельности в форме реактивного психоза (депрессивный синдром) и он до выхода из болезненного состояния нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице со строгим наблюдением с последующим решением вопроса о вменяемости. Согласно определению районного суда Р. был этапирован в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением. При поступлении в больницу и во время первичного осмотра выглядел вялым, заторможенным, был угнетен, плаксив, к окружающей обстановке интереса не проявлял. На вопросы отвечал еле слышным голосом. Анамнестические сведения давал непоследовательно, путал основные даты своей жизни, застревал на несущественных деталях. Жаловался на «упадок сил», вялость, плохой сон и отсутствие аппетита. В беседе звучали идеи отношения: «Вы по-особенному смотрите на меня, замечаете злое выражение моего лица». В отделении контакта ни с кем не искал, много лежал, уткнувшись лицом в подушку. Через несколько дней после начала лечения развернулась тяжелая картина побочных явлений: общая скованность, тремор, нарушение аккомодации. На фоне дальнейшей психофармакотерапии было отмечено кратковременное делириозное состояние: при сохранности ориентировки был длительно возбужден, расторможен, наблюдались ложные узнавания, обильные слуховые галлюцинации — слышал голос матери в коридоре, просил пустить ее в палату. На обращенную речь не реагировал, был крайне неряшлив, неопрятен (испачкан мочой и калом), совершенно не осуществлял самообслуживания, ночь проводил под кроватью, временами отказывался от еды. В процессе лечения аминазином и проведения массивной дезинтоксикационной терапии психотические явления полностью регрессировали, стал спокойнее, более упорядоченным в поведении, галлюцинаторные переживания отрицал и не проявлял, бредовых идей не высказывал. Однако длительное время (на протяжении 3 мес) наблюдалось сниженное настроение, жаловался на утрату активности, отсутствие контакта с людьми («живу за бортом»). Последние 3 мес пребывания в стационаре и далее его настроение было ровным, общался только с теми, кто играл в настольные игры; много читал, лежал в постели, оставался неряшливым, за внешним видом не следил. С персоналом был груб и дерзок, крайне чувствителен ко всему, что касалось его самого. Был обидчив, бурно реагировал на малейшее стеснение. Не выносил усмешек, снисходительного тона. Бредовых идей, обманов чувств не отмечалось. Мышление его было конкретным, малопродуктивным. Был наивен, прямолинеен, противоречив в оценке конкретной ситуации. Мнестические и интеллектуальные функции расценивались как сниженные. Правонарушение оценивал без должной критики: «Сами лезут, пусть не пристают». Спустя год после начала лечения комиссия врачей-психиатров пришла к заключению, что Р. из реактивного состояния вышел, в дальнейшем пребывании в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением не нуждается. После отмены лечения Р. был направлен в распоряжение районного суда. Согласно постановлению следователя, Р. поступил на лечение в областную психиатрическую больницу на стационарную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу. За время пребывания в судебно-психиатрическом отделении было выявлено следующее.

Соматическое состояние: испытуемый Р. среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания; кожа умеренной влажности; по всему телу имеются участки депигментации различной величины и конфигурации, а также рубец в области лба слева и татуировка на коже правого плеча.

Неврологическое состояние: зрачки округлые, равномерные; фотореакции сохранены; движения глазных яблок в полном объеме; установочный нистагм; асимметрия носогубных складок; девиация языка влево; положительный симптом орального автоматизма; сухожильные рефлексы живые, равновеликие, патологических нет; в позе Ромберга — пошатывание; пальценосовая проба с мимопопаданием. Реакция Вассермана (на сифилис) отрицательная. На эхоэнцефалограмме М-эхо справа — 65 мм, слева — 65 мм. Форма М-эхо сигнала пикообразная, амплитуда нормальная. Характер пульсации умеренный. Дополнительные латеральные сигналы единичные.

Смещения срединных структур мозга не отмечается. Признаки внутричерепной гипертензии легко выраженные.

Заключение невропатолога: последствия черепно-мозговой травмы с признаками врожденной органической недостаточности.

Психическое состояние. Достаточно ориентирован в окружающем. Доступен словесному контакту. На вопросы отвечает по существу, односложно. Особого интереса к беседе не проявляет. Заявляет, что у него «все нормально». Сообщает о том, что находился на судебно-психиатрической экспертизе в областной психиатрической больнице, затем на лечении в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением. Будто бы в то время слышал посторонние голоса, голос матери, которая его «защищала, плакала, хотела вытащить из тюрьмы». Эти голоса у него появились в тюрьме и прекратились спустя 4—5 мес после пребывания в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением. Уклончиво говорит об инкриминируемом ему преступлении. Заявляет о том, что у него в то время «была какая-то злость, агрессия, раздражение». Подчеркивает, что он потерпевшую «не бил, а только порвал на ней одежду, наверно, из-за того, что ему не хватало женщин, не мог познакомиться». Тут же заявляет: «Теперь успокоился, надо находить женщину, семьей обзаводиться». Должного сожаления о содеянном не высказывает, хотя и понимает подсудность инкриминируемого ему. Легко аффектируется, раздражается. Критика достаточная. Мышление последовательное, логичное, с элементами обстоятельности. Запас знаний и представлений удовлетворительный. Память несколько ослаблена. В процессе беседы отмечаются некоторая истощаемость, снижение внимания, аффективная неустойчивость. В отделении ведет себя в основном правильно, хотя и бывает неуравновешен, вспыльчив, раздражителен, иногда предъявляет жалобы общесоматического характера. В основном интересуется сроками пребывания на экспертизе. Прогулками пользуется. За время пребывания в отделении активной психотической симптоматики (бредовые идеи, галлюцинаторные переживания) состояния расстроенного сознания, судорожные припадки не отмечались. При экспериментально-психологическом исследовании выявлены признаки повышенной инертности психических процессов, невысокий уровень абстрагирования, единичные случаи отдаленных ассоциативных образов при опосредовании. Эмоциональное состояние характеризуется ощущением внутреннего дискомфорта, напряженностью, склонностью к застреванию на негативных переживаниях, коммуникативными затруднениями. Самооценка снижена. Вместе с тем характерны эгоцентричность мотивации, отсутствие способности к сопереживанию. Адаптивные возможности в сфере межличностного общения снижены.

На основании вышеизложенного комиссия приходит к заключению, что у Р имеются отдаленные последствия черепно-мозговой травмы с психопатоподобным синдромом. На это указывают анамнестические сведения о перенесенной им черепно-мозговой травме, о появлении у него в последующем типичных посттравматических жалоб, некоторой обстоятельности мышления, снижения объема памяти, неустойчивости внимания, повышенной раздражительности, несдержанности, вспыльчивости со склонностью к асоциальному поведению и совершению противоправных действий. При настоящем клинико-психиатрическом обследовании у него также выявлены характерные для отдаленных последствий черепно-мозговой травмы обстоятельность мышления, снижение памяти, раздражительность, несдержанность, вспыльчивость, обидчивость в сочетании с органической неврологической симптоматикой. Однако степень имеющихся у него расстройств психической деятельности выражена не столь значительно и не исключает возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Он достаточно адаптирован, способен корригировать свое поведение в зависимости от ситуации, понимает подсудность инкриминируемого ему преступления. В период, относящийся к инкриминируемому ему преступлению, как это видно из материалов уголовного дела и настоящего обследования, он также находился вне временного болезненного расстройства психической деятельности. Он в тот период правильно ориентировался в окружающей обстановке, производил целенаправленные действия, предпринимал необходимые меры предосторожности и мог осозна-

вать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. После совершенных им противоправных действий он перенес реактивный психоз, из которого в настоящее время полностью вышел. По своему психическому состоянию он в настоящее время может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Несмотря на однозначные выводы данного экспертного исследования, следствие сочло необходимым назначить судебную сексологическую экспертизу, а затем отдельное психологическое исследование. Задания, сформулированные этим специалистам, однозначно свидетельствовали о неудовлетворенности следствия полученными результатами, которые явно обошли индивидуальное своеобразие поведения обвиняемого.

Амбулаторная судебно-сексологическая экспертиза. Из сексологического анамнеза известно, что либидо пробудилось в возрасте 13 лет и сопровождалось стойкими спонтанными эрекциями, с 15 лет начал практиковать мастурбацию в уединенных местах (в туалете), фантазируя на эротические темы (представлял себя участником полового акта с женщинами). При просмотре эротических картинок или журналов доводил акт мастурбации до 2 раз в сутки. Бреется с 16 лет.

Впервые провел сношение в возрасте 17 лет с женщиной 19 лет, имеющей опыт половой жизни. Близость носила завершенный характер и длилась 3—4 мин до момента эякуляции. Ласки в этом эпизоде, как и при последующих связях с женщинами, носили поверхностный, формальный характер (петтинг) без глубокой стимуляции эрогенных зон. Пусковым моментом для интроскции (введения) служило желание быстрой эякуляции.

Дважды был женат — в 23 и 29 лет. В первом случае брак продлился 3 мес, распавшись, со слов матери, из-за разногласия в отношении к медицинскому аборту жены и неуступчивости друг другу. Во втором случае супружеские отношения продлились около 1 года, вплоть до возбуждения уголовного дела по факту изнасилования. Ни с первой, ни со второй женой затруднений в половой жизни не испытывал, близость всегда проходила с достаточной для введения эрекцией и сопровождалась эякуляцией с оргастической разрядкой. Из-за сильно выраженного либидо повторные половые акты не всегда заканчивались эякуляцией, что расценивал как сексуальную неудачу. Ритм сношений в браке составлял 5—6 раз в неделю, исключая критические дни женщины.

Поверхностно осведомлен о противозачаточных средствах (контрацепции) и способах их применения (кроме мужского презерватива). Со слов матери известно, что она стала замечать его стремление к подглядыванию в окна роддома с 20 лет. Она стыдила его за это, пытаясь найти с ним общий язык и взаимопонимание в вопросах взаимоотношений полов. Но из-за отсутствия мужского авторитетного мнения (отец умер рано) сын таких разговоров избегал. С детства отличался низкой ответственностью за свои поступки, не боялся воды и высоты.

При объективном обследовании установлено следующее. Р. нормостенической конституции, мужского телосложения с низким голосом. Оволосение хорошо выражено на волосистой части головы, груди, лобке, ногах, подмышечных впадинах. Тип оволосения лобка — мужской. Рост 176 см, масса тела 82 кг, высота бедра — слева 92 см, справа 93 см. ТИ 1,9. Половой член: головка прикрыта, крайняя плоть свободно смещается назад; размеры — длина 6 см, окружность 5 см; мошонка — кожа пигментирована, пальпируются 2 яичка тугоэластичной консистенции, умеренно болезненные при надавливании; размеры яичек — справа 3×4 см, слева 3,5×4 см. Кремастерный и кавернозный рефлексы живые, проявляются через 2—5 с.

Выводы:

1) на основании данных анамнеза (возраст пробуждения либидо в 13 лет, первая эякуляция при мастурбации в 15 лет, начало половой жизни в 17 лет, наличие спонтанных эрекций), а также объективного обследования (мужское телосложение, низкий голос, мужской тип оволосения лобка, хорошо развитые наружные половые органы, ТИ 1,9) можно сделать вывод о наличии у Р. средней половой конституции, что свидетельствует о его *физиологической способности к проведению полового акта*;

2) сведения, изложенные в пункте 1 настоящих выводов, а также факт превышения УФР (почти ежедневные половые акты на протяжении года на фоне повышенного либидо) свидетельствуют о внешней реакции гиперкомпенсации со скрытым ожиданием возможной неудачи, что расценивается как вариант *партнерской адаптации* (агрессия без превышения порога чувствительности);

3) вышеупомянутые пункты 1, 2 выводов, а также факты незавершенности половых актов при эксцессах, мастурбации с эротическими фантазиями в форме собственного участия в сношениях свидетельствуют о преобладании сексуального (телесного) компонента либидо в достижении оргазма от физической близости с женщиной, поэтому испытуемому Р. для достижения оргастической разрядки требовался *физиологический половой акт, а не созерцание тела или процесс раздевания женщины*.

Судебно-психологическая экспертиза. При проведении экспертизы изучены материалы дела, дополнительные сведения о Р. были получены от его матери. Использованы тесты для оценки восприятия внимания и интеллекта, памяти/осведомленности, аналогии, обобщения, метод незаконченных предложений, «эмоциональный вариант» тематического перцептивного теста, тест Роршаха, многофакторный личностный ФПI, сокращенный вариант ММРI, тест Люшера, цветовой тест отношений, рисуночные пробы «дом, дерево, человек», «автопортрет», «несуществующее животное», психогеометрический тест, тест Маркета, интервью с полупроективными сюжетами.

Данные исследования в больнице (февраль 1998 г.) — признаки повышенной инертности психических процессов, склонность к застреванию на негативных переживаниях, коммуникативные затруднения, сниженная самооценка, отсутствие способности к сопереживанию, снижение адаптивных возможностей в сфере межличностного общения, неустойчивость внимания, снижение объема памяти, повышенная раздражительность, несдержанность, вспыльчивость со склонностью к асоциальному поведению и совершению противоправных действий.

Во время судебно-психологического исследования проявляет напряженность, склонность акцентировать внимание на негативных переживаниях. Имеются признаки диспластического строения черепа, дефекты радужки.

Выявлены сниженный объем памяти. Допускает ошибки при попытках осуществить операции обобщения при трактовке смысла ряда пословиц, что может указывать на сниженные интеллектуальные и мнестические возможности. Воображение обеднено. В рисуночных пробах продемонстрировал примитивизм. Уменьшенный размер рисунков может свидетельствовать о склонности к депрессивности.

Смысл вопросов понимает, но проявляет ригидность мышления. При достаточной «открытости-правдивости» при ответах в анкетных методиках выявлен повышенный уровень по шкалам: депрессивность, раздражительность, реактивная агрессивность, эмоциональная лабильность, психопатия, шизоидность. Невысоко оценивает свои интеллектуальные способности, «сексуальные способности», более высоко — характер и физические способности. Сексуальные отношения относит к главным ценностям, считает свою половую жизнь «несчастной». Стремится к доминированию. Повышенная поисковая активность сочетается с ригидностью установок. Проявляет склонность к вспыльчивости в конфликтных ситуациях и потребности в «особых» переживаниях и отношениях, которым отдается предпочтение перед конкретными и реальными целями. Имеются затруднения в межличностных контактах узкого круга. В системе отношений на фоне эгоцентризма сохраняет положительное отношение к матери и жертвам своих домогательств.

Не отрицает своей вины, объясняя содеянное потребностью в половых отношениях. Обращает на себя внимание однотипность поведения Р. в исследуемых ситуациях. Догоняет женщин в лифтах, пытается сорвать одежду. Создается впечатление, что сам половой акт при этом не является главной целью. Для Р. в этих ситуациях важным представляется самоутвердиться в роли мужчины. Выступая в роли «насильника», он избирает малоэффективную тактику, проявляет незрелость, инфантилизм, импульсивность. Плохо прогнозирует возможные последствия своих действий.

Повторные исследования позволили выявить у Р. невысокой уровень интеллектуальных и мнестических процессов, их инертность, напряженность, ригидность с

признаками коммуникативных затруднений, противоречивости самооценки, недостаточной уверенности в себе, сочетания повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью, депрессивности, реактивной агрессивности. Повышенное стремление к самоутверждению в исследуемых эпизодах проявляется в иррациональных поступках. Искаженный «Я-образ» побуждает Р. искать пути самоутверждения в роли «сверхмужчины». Явные коммуникативные затруднения реализуются в агрессивных поступках, девиантных формах поведения.

Заключение:

1) у Р. на фоне отягощенной наследственности и остаточных явлений органического поражения головного мозга имеются психопатоподобные расстройства, несколько снижен уровень интеллектуальных и мнестических процессов, имеется ригидность-инертность с проявлениями коммуникативных затруднений, напряженности, недостаточной уверенности в себе, выявлена склонность к депрессивности, раздражительности, реактивной агрессивности, сочетанию повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью;

2) возможности коммуникативности Р. ограничены в кругу лиц как своего, так и противоположного пола, что в определенной степени провоцирует искаженное ролевое поведение Р., желающего выступить в роли «сверхмужчины»;

3) выявляется искаженная самооценка с признаками неудовлетворенности своим «Я-образом», что подталкивает Р. к поиску путей самоутверждения, в частности в роли «настоящего мужчины», однако психопатологические черты не позволяют ему осуществлять эффективное общение с лицами противоположного пола, реализуясь в примитивных агрессивных действиях в исследуемых ситуациях;

4) имеются признаки некоторого снижения процессов мышления и памяти, что ограничивает способность Р. к прогнозированию своего поведения, в частности при прогнозировании последствий своих действий в ситуациях, являющихся объектом судебного разбирательства;

5) наличие у Р. психопатоподобных проявлений, в частности повышенной реактивной агрессивности в сочетании с неудовлетворенностью своим «Я-образом», может выступать в качестве предпосылок неадекватного, дезадаптивного поведения. Это, несомненно, нашло отражение в характере его поведения в исследуемых ситуациях, когда он демонстрировал иррационально агрессивное поведение, мало способствующее цели совершения насильственного полового акта.

Прежде чем рассмотреть ход экспертного исследования испытуемого Р. в Центре, остановимся на теоретических обоснованиях оценки степени произвольности его поведения. Примечательно, что внимание именно к юридическому критерию стало постепенно повышаться в связи с введением нормы ограниченной вменяемости. Это, однако, не удивительно, если учитывать, что создание соответствующих критериев и различение ограниченной вменяемости и невменяемости невозможно без осмысления содержания их психологической составляющей. Практика применения данной нормы выявляет дефекты экспертной деятельности, которые ранее оказывались в тени. Так, В.В. Вандыш-Бубко с соавт. (1998) подчеркивают, что при признании испытуемого ограниченно вменяемым необходимость аргументации такого заключения игнорируется, что способствует закреплению практики декларативных, недостаточно аргументированных заключений. Вместе с тем подобный подход лишь продолжает устоявшуюся традицию, ограничивающуюся обоснованием имеющихся психических расстройств, что вполне объяснимо в свете реально существующих пределов психиатрической компетенции.

Ф.С. Сафуанов и С.Н. Шишков (1992), доказывая несовместимость психоаналитических подходов и решения вопросов о вменяемости, основываются на том, что российское уголовное право продолжает древнегреческую традицию рационального мышления и является вариантом западноевропейских по своему происхождению юридических течений. В рамках

данной парадигмы уголовному праву человек как субъект преступления представляется существом сугубо рациональным. Он всегда осознает свои поступки, предвидит возможные последствия своего поведения, имеет возможность их не допустить, спланировав свои действия заранее и таким образом, чтобы избежать нарушения уголовно-правового запрета. В уголовном праве доминирует представление о поведении как сложном системном явлении, которое «всегда общественно обусловлено и обретает характеристики сознательной, коллективной, целеполагающей, произвольной и созидательной деятельности» (Психологический словарь, 1983). Поэтому поведение понимается как многоэтапный процесс, в котором решающими звеньями являются принятие решения о конкретном действии, планирование поступка и контроль над его реализацией [Кудрявцев В.Н., 1982]. Следовательно, основные звенья поведенческого акта носят сугубо осознанный и произвольный характер.

Вместе с тем соотнесение этой модели поведения с психиатрическим пониманием болезни столкнулось с рядом трудностей. Это стало очевидным уже при первых попытках использования соответствующей формулы на практике. В 1800 г. адвокат лорд Эрскин, защищавший Хедфилда, параноика, стрелявшего в короля Георга III, выступил против «отсутствия полного разумения и памяти» как единственного критерия невменяемости: он пытался убедить суд в том, что бредовые идеи также освобождают от ответственности, если преступление ими обусловлено.

Подобные попытки были категорически отвергнуты путем введения английским судом в 1843 г. правила Мак-Натена, которое звучит следующим образом: «Для обоснования защиты, основанной на невменяемости обвиняемого, необходимо недвусмысленно доказать, что во время совершения преступления обвиняемый страдал от столь сильного расстройства рассудка вследствие психического заболевания, что не понимал сути и характера своего деяния или, если понимал это, не осознавал, что совершает правонарушение».

Вопрос к присяжным в этом случае должен был быть сформулирован таким образом: владел или не владел обвиняемый во время совершения деяния сознанием настолько, чтобы понимать, что он совершает неправомерный или злой поступок?

Основные характеристики правила Мак-Натена:

1) предполагается презумпция психического здоровья и вменяемости, т.е. должно быть доказано, что «во время совершения преступления обвиняемый вследствие душевной болезни находился под влиянием такого дефекта сознания, при котором он не мог понимать природы и качества совершаемого им действия или, если он это понимал, то не понимал, что совершаемое им является злом (недозволенным)»;

2) устанавливается недостаточность квалификации психического состояния на момент деяния как болезненного, т.е. даже когда действие совершено под влиянием бредовой идеи, обвиняемый может быть подвергнут наказанию, если во время правонарушения знал, что действует противно праву.

Примечательно исходящее из этих посылок практическое следствие, получившее наименование «частичного бреда», в соответствии с которым подразумевалось, что обвиняемый находится под влиянием только отдельной бредовой идеи, в других же отношениях не является душевнобольным, а поэтому его следовало «рассматривать как находящегося в таком положении, как если бы факты, служащие предметом идеи, в действительности имели место». Не случайно правило Мак-Натена стали

называть «теоретической смирительной рубашкой». Однако причины его жизнеспособности коренятся в неспособности психиатров аргументированно доказать наличие даже при таком ярком расстройстве, как бред, существенных нарушений именно тех психических процессов, которые лежат в основе рефлексивной и волевой регуляции конкретного поведенческого акта.

По сравнению с правилом Мак-Натена, содержащим только интеллектуальный критерий при отсутствии эмоционально-волевых критериев, несомненным шагом вперед являлось обоснование необходимости юридического критерия [Кандинский В.Х., 1883], в основу которого было положено свободное волеопределение, подразумевающее отсутствие насилия внешнего и внутреннего. В.Х. Кандинский (1890) писал, что «для свободного с психологической точки зрения акта воли необходимы два условия — свобода суждения (или различения — libertas judicii, т.е. интеллектуальный признак) и свобода выбора (libertas consilii — волевой признак), однако условие свободы выбора важнее, так как уже предполагает наличие свободы суждения (интеллектуальный признак), тогда как свобода суждения свободу выбора вовсе не предполагает». Таким образом, автор понимал волевой признак прежде всего как «возможность выбора между различными мотивами действования». R. Krafft-Ebbing (1895) также отмечал, что «свобода суждения предполагает известную степень жизненной опытности, известное умственное развитие и способность к дальнейшему развитию или приобретению знаний, а свобода выбора — беспрепятственное сочетание идей и полное самообладание, необходимое для осуществления, в положительном или отрицательном смысле, мотивов, вытекающих из свободы суждений. Там, где одно из этих условий вменяемости отсутствует, нельзя доказать и субъективную зависимость факта наказуемого деяния от воли его виновника».

Волевой критерий как «способность руководствоваться понятым в своих поступках» или «возможность выбора между различными из одновременно представляющихся сознанию мотивов действования» (борьба между двумя противоположными мотивами) восполнил существенный пробел в доказательной базе дефектов саморегуляции.

Вопрос о «свободном волеопределении» в каждом конкретном случае при этом сводится к следующему: «Был ли способен действующий субъект в момент учинения деяния сделать свободный выбор между совершением преступного деяния и несовершением его; другими словами: мог ли он удержаться от совершения дела, если бы захотел удержаться, или абсолютно не мог?».

Два, с психологической точки зрения, условия свободного акта воли стали рассматриваться как необходимые для сохранности регуляции поведения: 1) способность суждения или различения: знание свойства, значения и последствий деяния; 2) возможность руководствоваться в момент действия раньше узнанным или понятым предполагает возможность выбора между различными мотивами действования.

Свобода выбора бывает ограничена следующими причинами:

1) малое число мотивов действования, так что и выбирать, в сущности, не из чего (отсутствие самого выбора);

2) один из мотивов относительно всех прочих несоразмерно сильный, исход борьбы предрешен — принудительный выбор есть прямая противоположность выбору свободному.

При этом теперь обосновывалась уже презумпция невменяемости: если логически нельзя исключить, что данное лицо в момент деяния не имело

свободы волеизъявления, то следует принять, что оно действительно в момент дела не имело этой свободы.

Несмотря на внутренние противоречия и разногласия, эти споры только утверждали конструкцию рационального понимания поведения человека, не подвергая ее сомнению в целом. Между тем ее безукоризненность остается весьма сомнительной. Как подчеркивал К. Шнайдер (1958), в ее основе находится психология поступка, которая далека от жизни и которую невозможно объединить с современным психологическим пониманием. Она подразделяет действия на рациональные интеллектуальные и волевые решения. Формулировка говорит о том, что действующее лицо предварительно рассуждает о том, правильный или неправильный его поступок, допустим он или запрещен и, основываясь на этом, т.е. после такого продумывания, решается на действие. Так поступает «разумный человек», этого требуют и родители, и учителя от своих питомцев, однако в действительности так почти никто не поступает. И если бы люди захотели так жить, то это были бы «принудительные люди», которые вообще бы не сдвинулись с места.

Нечувствительность к сложности и противоречивости исходных посылок оценки поведения как раз и порождает иллюзию очевидности и ясности юридического критерия формулы невменяемости и в итоге его игнорирование в конкретной экспертной деятельности. Между тем доказательное заключение о нарушении произвольных механизмов конкретного поведенческого акта невозможно без опоры на системный анализ поведения, которое должно рассматриваться как окончательный продукт определенных психических процессов, в основе которых лежат сложные взаимоотношения органических и индивидуально-личностных факторов.

10.1. Психологическая оценка регуляции поведенческого акта

При анализе проблемы произвольной регуляции у лиц с сексуальными девиациями возникает проблема оценки соотношения уровней регуляции на различных стадиях криминальной ситуации. О.Д. Ситковская (1998) указывает, что в отношении сексуальных преступников способность к произвольной регуляции активности нередко проявляется различно — применительно к тем или иным криминальным ситуациям. Так, в одних ситуациях они могут действовать в состоянии вменяемости, а в других — быть ограниченно способными к избирательным решениям или даже невменяемыми. В.Н. Кудрявцев (1998) отмечает, что в отношении различных стадий одной криминальной ситуации у лиц с патологией потребностной сферы начальные звенья механизма противоправных поступков, совершаемых под влиянием влечений или эмоций, могут быть сходными с таковыми при произвольном поведении. Однако картина развития поведения может меняться на следующих этапах: эмоции настолько овладевают правонарушителем, что психологический процесс постановки цели, выбора средств, правовой и нравственной оценки содеянного свертывается, становится формальным, и переход к действию следует нередко сразу же после появления образа желаемого объекта. По мнению М.И. Дубининой (1973), решение вопроса об оценке степени произвольности поведения (вменяемости) должно быть детализировано даже по отдельным эпизодам преступления: «...лицо, в состоянии вменяемости начавшее убийство, может впоследствии впасть в состояние временного расстройства душевной деятельности... и утратить возможность руководить своими действиями».

О.Д. Ситковская (1998) отмечает, что у лиц с психическими аномалиями могут быть изменены пороги чувствительности эмоциональной устойчивости, способности к осознанному самоконтролю, обострена такая черта личности, как отсутствие эмпатии. Влияние психических аномалий на поведение в типичных или предвидимых ситуациях в большинстве случаев заранее известно или должно быть известно субъекту. Поэтому направленный [волевой, по Иванникову В.А., 1991] самоконтроль может предотвратить попадание в определенные «опасные» ситуации. Игнорирование же субъектом значимости для него такого самоконтроля может нейтрализовать смягчающее значение влияния психической аномалии на конкретное преступное поведение.

Различение произвольной и непроизвольной активности ставится исследователями в зависимость *от соответствия этой активности побуждению* переживающего или действующего субъекта, а также от возможности ее контроля и коррекции. Не менее важным аспектом произвольной активности является возможность согласования отдельных ее стадий *с меняющимися условиями ситуации* вплоть до достижения определенного результата. При произвольной активности осознана преследуемая цель, и существует возможность контроля за ходом разворачивающихся процессов. Такая активность протекает на фоне более или менее определенных ожиданий предполагаемого результата деятельности или возможных последствий такого результата. Важной характеристикой произвольной активности является «рефлексивность», своего рода «обратная связь», сопровождающая действия [Хекхаузен Х., 1985]. Это качество отражает способность субъекта к осознанию своего действия: до и во время него он может оценивать намеченную цель с точки зрения перспектив успеха, корректировать ее с учетом различных норм, чувствовать себя ответственным за возможные результаты, оценивать их последствия для себя и окружающих, а также сообщать все это другим людям.

Волевая регуляция выделяется в качестве одного из видов произвольной регуляции как регуляция действия (или психического процесса) через изменение смысла действия, обеспечивающего необходимое побуждение (торможение) к нему [Иванников В.А., 1991]. Волевая регуляция определяется «как овладение собственными мотивационными процессами через формирование новой высшей психической функции, представляющей собой высшую форму мотивационного процесса по созданию дополнительного побуждения (или торможения) к социально необходимому или социально контролируемому действию» [Селиванов В.И., 1982]. Необходимость волевой регуляции проявляется, в частности, в тех случаях, когда нужно воздержаться от действия, связанного с актуально переживаемой, но социально неодобряемой в данной ситуации потребностью. Волевая регуляция осуществляется через дополнительные смыслы деятельности, которые конструируются личностью в рамках ситуации с недостаточной или конфликтной (нежелательной) мотивацией. В.А. Иванников (1991) отличает волевую регуляцию от произвольной. Волевая регуляция — это регуляция личностного уровня, психологическим критерием которого является изменение побуждения только через изменение смысла действия. Остальные способы регуляции побуждения автор предлагает рассматривать как механизмы произвольной, а не волевой регуляции. Волевую регуляцию можно рассматривать как регуляцию побуждения, а произвольную — как регуляцию различных характеристик действия (темпа, скорости, силы, длительности и т.д.). Таким образом, согласно этой схеме, нарушение произвольности в целом может быть определено через два аспекта: 1) вынужденность поведения,

осуществляемого независимо от желаний субъекта; 2) невозможность для субъекта управления ходом процесса (реакции) по своему усмотрению.

Таким образом, важнейшим компонентом анализа регуляции выступает «обратная связь», т.е. возможность его критической оценки, осуществляемой на различных этапах развития поведения. При этом влияние личности на поведение преимущественно определяется через понятие волевой регуляции, в то время как поведение, осуществляемое в контексте изменения ситуации, обозначается как произвольная регуляция. Необходимым условием такого влияния выступает сохранность возможности самовосприятия и восприятия ситуации.

В отечественной юридической психологии широкое распространение имеет подход, основывающийся на системном анализе уровней регуляции деятельности на различных этапах реализации криминального поведения [Коченов М.М., 1980; Дозорцева Е.Г., 1988; Кудрявцев И.А., 1988; Ратинова Н.А., 1997; Кудрявцев В.Н., 1998; Сафуанов Ф.С., 1998].

Согласно деятельностному подходу [Леонтьев А.Н., 1975; Зейгарник Б.В., Братусь Б.С., 1980], при постановке конкретных целей происходит их соотнесение с ведущими мотивами, ценностными ориентациями, нравственными и правовыми нормами, т.е. регуляция осуществляется на смысловом уровне. В процессе целеполагания определяется операциональный состав планируемых действий, производится выбор средств и способов, адекватных характеру и условиям ситуации, в которых протекает данная деятельность, предвосхищается предполагаемый результат и принимается решение о реализации задуманного. В дальнейшем на этапе целедостижения могут возникать промежуточные цели, происходить корректировка операционального состава действий: критическая оценка эффективности предпринимаемых усилий и их соответствия как поставленной цели (*целесообразность*), так и исходному мотиву (*мотивосообразность*) [Василюк Ф.Е., 1984]. Таким образом, выделяются иерархические уровни регуляции деятельности: мотивационный, целевой, операциональный. М.М. Коченов (1980) отмечает, что деятельностный подход дает возможность обозначить связь между поведением и его психологическими детерминантами, подчеркивая, что через анализ мотивов, целей, образующих иерархизированную систему, и соответствующих им действий открывается возможность изучения сознания человека, т.е. изучение того, как «отражается человеком мир, в котором он действует».

И.А. Кудрявцев (1988) рассматривает соотношение личностного (субъективного) и ситуативного (объективного) факторов регуляции также в рамках деятельностного подхода. В ходе реализации поведения на каждом из иерархически связанных уровней (мотивационном, целевом, операциональном) происходит его регуляция за счет соотнесения уровней между собой и с условиями ситуации. Выделяются следующие варианты нарушений различных уровней регуляции: 1) нарушение целесообразности (поведение характеризуется снижением или утратой контроля со стороны воли, оно нецелесообразно, но сохраняет мотивосообразность — возможен контроль со стороны сознания); 2) нарушение мотивосообразности (утрата не целевых, но смысловых связей, субъект лишается возможности сознательного контроля, хотя его действия и организуются промежуточными целями, их выбор, стратегии достижения нарушены и не ведут к овладению конечной целью); 3) поведение одновременно и нецелесообразно, и не состоит в содержательной смысловой связи с мотивом (т.е. немотивосообразно).

Е.Г. Дозорцева (1988) также анализирует взаимодействие личностного и ситуационного факторов для определения актуальной возможности к осо-

знанной (произвольной) деятельности. Автор выделяет мотивационные механизмы детерминации поведения (внутреннее потребностное состояние или внешнее побуждение), а также обозначает уровни регуляции деятельности (ориентация на результат или на состояние). Согласно данной схеме выводятся критерии состояний, ограничивающих способность к произвольной регуляции деятельности. Так, в случае внутренней мотивации ситуационные обстоятельства являются лишь благоприятными условиями для совершения противоправных действий; снижается возможность прогнозирования и адекватной оценки действия, характерна направленность не на результат, а на процесс действия; ведущей является инфантильная мотивация (игровая, любопытство). В случае внешней мотивации действия регулируются ситуативной мотивацией и связанными с ней непосредственными эмоциональными переживаниями. Ситуация может вызывать фрустрацию и предъявлять повышенные требования к тем личностным особенностям, которые являются наименее развитыми (при направленности субъекта на результат).

Сходные результаты были получены и Е.И. Сулимовской (1994), показавшей, что ограниченная способность к осознанию и руководству действиями связана с нарушением деятельности в каком-то отдельном звене. Так, нарушение начального мотивирующего звена деятельности заключается либо в его замещении прямым влиянием окружающих, либо в преобладании единственного интенсивного побуждения игрового характера, а также определяется сложностью ситуации с несоответствием поставленных целей способам их реализации. Отсутствие способности к осознанию и руководству действиями, по мнению автора, характеризуется замещением внутреннего побуждения прямым влиянием ситуативных факторов, имитационным воспроизведением знаемых шаблонов поведения, смещением цели действий на осуществление действий игрового характера, несоответствием начального этапа действий полученному результату.

Н.А. Ратинова (1997) на модели агрессивного поведения рассматривает различные иерархические уровни деятельности, на которых осуществляется регуляция: а) высший, личностно-смысловой уровень, при котором поведенческие акты реализуются как развернутая произвольная деятельность; б) уровень относительно целесообразных действий, соответствующий дезорганизации структуры деятельности; в) уровень отдельных операций или динамических стереотипов, при котором управление производится наиболее иерархически примитивными механизмами «аварийного реагирования» индивидуально-организмического уровня. Согласно этой модели, в случае блокировки личностных (высших) механизмов саморегуляции, затруднения моральной и социальной оценки собственных действий поведение субъекта может терять характер осознанного и свободного выбора и представлять собой реализацию динамических стереотипов. Контроль за протеканием таких актов носит поверхностный характер при соотнесении их лишь с объективными, предметными параметрами аффектогенной ситуации.

Таким образом, деятельностный подход предполагает возможность оценки регулятивного потенциала различных уровней построения деятельности. В связи с этим наиболее перспективным при анализе способности к осознанию и регуляции поведения представляется подход, интегрирующий различные уровни регуляции деятельности в связи с поведением, рассматриваемым в контексте ситуационно-личностного взаимовлияния.

Так, Ф.С. Сафуанов (1998) рассматривает противоправное поведение, анализируя различные стадии протекания активности и уровни ее регуляции. Этот подход основывается на системном анализе *деятельности и пове-*

дения, что позволяет оценивать иерархическую регуляцию деятельности на различных этапах поведения.

Первому этапу (формирование личности с определенной социальной ориентацией) соответствует высшее (регулятивное) звено мотивации — ценности личности, социальные установки. Это звено, как правило, определяет основное направление формирования актуальной ситуативной мотивации, не предопределяя однозначно содержания конкретных мотивов поведения и планирования поступков.

Следующему этапу (формирование конкретной, ситуативной, мотивации) соответствуют такие факторы, как умение и способность адекватно соотносить субъективные моменты с объективно существующими условиями окружающей действительности и актуальной ситуации.

Этапу планирования и принятия решения соответствует психологический процесс целеполагания, т.е. выбора и постановки целей, на достижение которых будет направлен поступок. При планировании решения человек должен оценивать свои возможности и способности, необходимые для достижения цели, и соотносить их с объективными условиями ситуации, что определяет значимость на этом этапе такой структуры личности, как самооценка.

Последнему этапу — реализации принятого решения, на котором происходит выбор способа достижения цели, соответствует интегративная коррекция поведения с учетом личностных и ситуативных факторов.

Подобный анализ поведения дает возможность оценить потенциальную регулятивную функцию психических процессов, релевантных различным этапам поведения.

Среди исследователей существуют разногласия относительно соотношения уровней *регуляции и способности к произвольному и осознанному поведению*. В отношении необходимости *осознавания личностного смысла* действия для определения вменяемости высказываются различные мнения. Так, Л.В. Алексеева (1997) считает, что способность понимать действительность в полной мере предполагает адекватное отражение действительности в социальных категориях, актуализацию отражаемого в речи, отражение и выражение личностного смысла, тождественного социальному значению. Н.А. Ратинова (1997) считает подобным образом сформулированный критерий избыточным и противоречащим определению личностного смысла как «значения для себя» и тезису о его возможной неосознанности [Леонтьев А.Н., 1975]. Согласно ее мнению, характеристика вменяемости отражает способность в той или иной степени к осознанию своих целей, самих действий, их характера и противоправности. В отличие от мотива цель действия как предвидимый результат презентируется сознанию и объективируется в поведении. Неосознанность или слабая осознанность мотива преступления отнюдь не означает неспособности субъекта к осознанному руководству своим поведением. Однако данный взгляд уравнивает понятия «вменяемость» и «произвольность» на операционально-целевом уровне, не рассматривая формирование ситуативного мотива, в отношении процессов образования которого и проявляется в наибольшей степени регулятивная роль волевых процессов, т.е. способности к произвольному изменению намерения относительно совершения того или иного поступка.

Таким образом, механизмы произвольного контроля поведения объясняются в зависимости от нарушения различных по иерархии уровней деятельности. Как отмечает В.Н. Кудрявцев (1998), понятие «поведение» несколько шире, чем понятия «действие», «бездействие» или «поступок», так как охватывает и предшествующие им стадии активности. Поведение имеет

определенную структуру, которая последовательно разворачивается в соответствии с логикой внутренних процессов и внешних обстоятельств.

Для оценки вменяемости именно понятие «поведение» становится центральным, поскольку является интегративной и междисциплинарной категорией — и не только наиболее адекватной анализу произвольности регуляции в конкретный момент осуществления действия, но и способной объединить различные дисциплины, предметом которых это понятие может быть.

Юридическая формула вменяемости предполагает ответ на вопросы относительно сохранности способности к осознанию и регуляции поведения. Ответ на этот вопрос возможен при исследовании механизмов регуляции деятельности и оценки факторов, влияющих на ее протекание.

Поведение испытывает на себе корригирующее влияние со стороны ситуации и личностных особенностей. Предпосылками такого корригирующего влияния являются сохранность *самовосприятия и восприятия*. Так, сохранность самовосприятия (рефлексии) позволяет задействовать следующие механизмы личностной регуляции на различных этапах поведения: 1) на этапе образования ситуативного мотива коррекция осуществляется под влиянием ведущих мотивационных линий личности; 2) на этапе планирования и принятия решения коррекция происходит под влиянием личностных ценностей, норм и правил. Кроме того, самооценка определяет стратегии изменения уровня притязаний и уровня достижений (УП/УД); 3) на этапе реализации и контроля коррекция возможна под влиянием привычных способов поведения, типичных паттернов поведения.

Восприятие ситуации позволяет координировать поведение на различных его этапах.

Кроме того, с позиции деятельностного подхода поведение на разных этапах испытывает корригирующее влияние различных уровней регуляции. Эти уровни имеют определенную иерархию на различных этапах поведения и характеризуются соподчиненностью (*мотивосообразность, целесообразность*), подробно описанной в работе Ф.В. Василюка (1984).

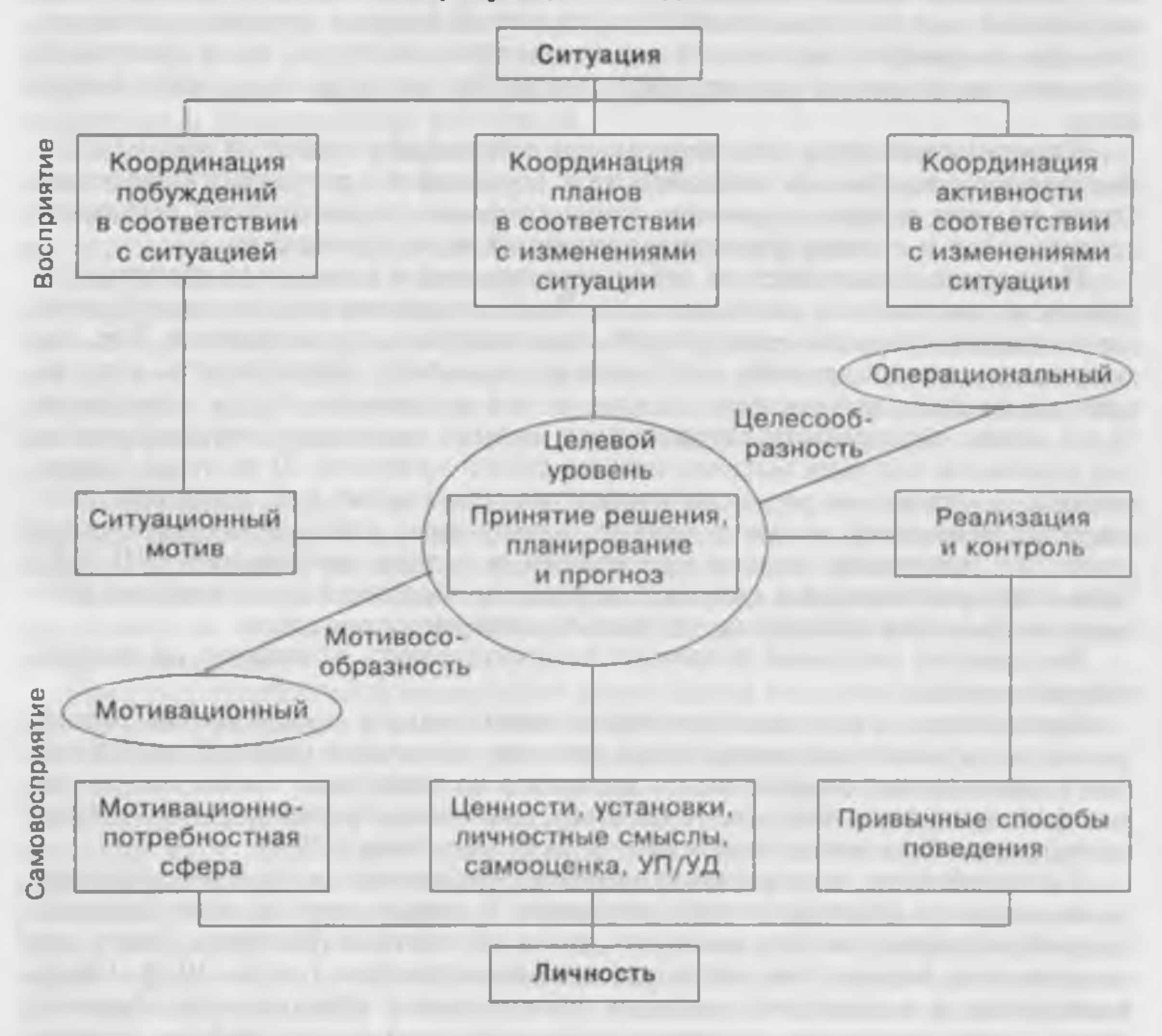
Таким образом, каждый из указанных поведенческих этапов подчиняется механизмам деятельностной регуляции и испытывает на себе корригирующее действие как ситуационных, так и личностных факторов, благодаря сохранности восприятия ситуации и самовосприятия (схема 10.2). Самовосприятие и восприятие ситуации обеспечивают возможность обратной связи и, как следствие, являются предпосылками для коррекции поведения.

Таким образом, оценка аномального сексуального поведения в конкретной ситуации должна осуществляться с учетом: 1) различных факторов, влияющих на механизмы регуляции деятельности, в том числе особенностей самовосприятия и восприятия ситуации в момент совершения сексуального правонарушения; 2) личностных особенностей, участвующих в регуляции поведения в ситуациях сексуального межпартнерского взаимодействия.

Применяемые методы исследования позволяют выделить особенности, ограничивающие возможность потенциальной регуляции поведения. С помощью психологических методов исследования (*патопсихологическое* обследование и *направленное психологическое исследование сексуальной сферы*) оценивается возможность осуществления различных задач, требующих рефлексии (самовосприятия) и ситуативной коррекции (восприятие ситуации), сохранность потенциала различных уровней регуляции деятельности, а также определяется возможность участия в регуляции поведения личност-

Схема 10.2

Регуляция поведения в контексте механизмов деятельностного подхода с учетом процессов восприятия ситуации и самовосприятия в регуляции поведения



ных особенностей, релевантных сексуальной сфере и сфере межпартнерского взаимодействия.

Проблема исследования девиантного сексуального поведения, без всякого сомнения, требует междисциплинарного подхода, где психологические факторы наряду с конституционально-генетическими и клинико-биологическими занимают одну из первостепенных ролей. Психологические механизмы формирования и реализации девиантного сексуального поведения выступают как опосредующие все остальные факторы.

Патопсихологическое исследование. Экспертное экспериментальное исследование способности к осуществлению произвольной регуляции обусловлено необходимостью ретроспективной оценки психических процессов, имеющих юридическое значение (изучение психического состояния и поведения субъекта в момент совершения им преступления). Это исследование позволяет оценить *потенциальную* способность к осуществлению таких функций (процессов), а также обозначить условия, при которых в разной степени может проявляться возможность их *актуальной* реализации.

Патопсихологическое исследование является теоретически адекватным для определения потенциальной способности к реализации определенных процессов и функций, поскольку оно построено по принципу функциональных проб, в которых моделируются процессы, релевантные определенным видам деятельности (например, пробы на опосредованное запоминание, прогноз развития событий и т.д). Для того чтобы проекция состояния психической деятельности на момент криминальной ситуации была наиболее приближенной к реальности, исследование должно затрагивать психологические феномены и процессы, релевантные криминальной ситуации [Коченов М.М., 1980]. Решение этой задачи предлагается за счет исследования качеств и процессов, имеющих юридическое значение и влекущих правовые последствия [Алексеева Л.В., 1997; Сафуанов Ф.С., 1998; Шибшин С., 1998]. Уголовно-релевантными, по мнению О.Д. Ситковской (1998), являются те свойства личности и состояния, которые указывают на закономерность или случайность принятия решения о совершении преступления, уровень управляемости поведением в процессе совершения последнего. Полученные таким образом результаты могут быть использованы для оценки сохранности/нарушенности изучаемого процесса вообще.

Таким образом, роль психологического экспертного исследования обусловлена необходимостью определения степени сохранности различных уровней регуляции поведения личности (иерархизированности мотивационно-потребностной сферы, способности к усвоению норм, принципиальной способности к планированию, прогнозу, установлению причинно-следственных связей и т.д.).

Методы традиционного патопсихологического исследования направлены на оценку сохранности различных уровней регуляции деятельности (мотивационного, целевого, операционального) и предсказание системных нарушений, закономерно проявляюшихся при нарушении одного фактора. Экспериментальное патопсихологическое исследование строится таким образом, чтобы при решении различных задач (мнестических, перцептивных, интеллектуальных и т.д.) осуществлялась нагрузка на определенное звено деятельности и фиксировался регулятивный потенциал этого звена (фактора) в определенных ситуациях. При этом реализуется оценка системных нарушений с общим фактором в основе различных видов деятельности.

Фактор в клинической психологии определяют как условие реализации определенного звена деятельности, нарушение которого ведет к системному нарушению тех видов психических процессов, в которых этот фактор играет существенную роль. Наиболее разработано понятие фактора в отечественных пато- и нейропсихологических исследованиях [Рубинштейн С.Я., 1970; Лурия А.Р., 1972; Зейгарник Б.В., 1986; Соколова Е.Т., 1986; Хомская Е.Д., Николаева В.В., 1986; Поляков Ю.Ф., 1991]. Патопсихологическое исследование позволяет выделить различные факторы нарушения деятельности, определить ограниченность участия этих факторов в регуляции поведения и на основании этого решить две задачи: 1) провести дифференциальную диагностику; 2) оценить перспективу психологической коррекции нарушенного звена.

В отечественной патопсихологии традиционно выделяются следующие уровни регуляции деятельности: 1) мотивационный; 2) целевой; 3) операциональный. Достаточно подробно описаны различные варианты нарушения указанных уровней регуляции деятельности при шизофрении [Коченов М.М., 1970; Кожуховская И.И., 1984; Зейгарник Б.В., 1986; Поляков Ю.Ф., 1991], у больных алкоголизмом [Братусь Б.С., Зейгарник Б.В., 1980], психопатических личностей [Гульдан В.В., 1985; Николаева В.В., Братусь Б.С.,

1988], при травматических поражениях головного мозга и нарушениях психического развития [Лурия А.Р., 1973; Лебединский В.В., 1985; Зейгарник Б.В., 1986] и т.д.

В работе И.И. Кожуховской (1985) рассмотрена категория «критичность», которая отражает сохранность координирующей функции различных уровней (критичность к собственной личности, собственным переживаниям, собственным действиям). Критичность на каждом из уровней обеспечивает иерархическую регуляцию поведения. Сохранность критичности предполагает коррекцию психических процессов на разных уровнях в соответствии с задачами, решаемыми на каждом из уровней. Предложены система оценки нарушений деятельности и их классификация в связи с нарушением определенных уровней.

Таким образом, патопсихологическое исследование предполагает анализ сохранности различных уровней регуляции деятельности в экспериментальной ситуации (табл. 10.1), что позволяет говорить о потенциальной способности к осуществлению регуляции на том или ином уровне.

Особую важность диагностика сохранности уровней регуляции деятельности приобретает в контексте анализа степени регуляции поведения на различных его этапах.

Каждый из указанных уровней участвует в регуляции поведения. Так, мотивационный уровень участвует в процессе принятия решения в отношении реализации конкретного намерения в случае, когда возникает необходимость осуществления выбора из альтернатив с различным мотивационным статусом. Уровень целевой или смысловой регуляции обеспечивает возможность опосредования конкретного мотива целями на этапе планирования. Уровень операциональный или произвольной регуляции участвует в коррекции способов поведения в соответствии с целями и условиями ситуации.

Направленное психологическое исследование сексуальной сферы. Для ретроспективной оценки состояния психической деятельности, определяемого на момент проведения экспертизы, необходима проекция на обстоятельства деяния. Как отмечает О.Д. Ситковская (1998), эта проекция не носит «линейного характера», поскольку состояние психической деятельности субъекта на момент экспертизы далеко не всегда соответствует его состоянию на момент деяния. Обычно для оценки актуальной способности используется сопоставительный анализ полученных в экспериментальном исследовании результатов с ретроспективным отчетом подэкспертного о развитии криминальной ситуации, а также с привлечением свидетельских показаний. Поэтому в исследовании, по мнению О.Д. Ситковской, достаточно оценить способность к усвоению норм и ценностей («информационных объектов»), регулирующих поведение в уголовно-релевантных ситуациях, и учитывать их при выборе вариантов поведения. Такими «информационными объектами», релевантными сексуальной сфере, являются психологические особенности, регулирующие поведение человека в ситуациях сексуального взаимодействия.

Сексуальное поведение в онтогенезе проходит длительный путь социализации, в результате которого оно приобретает социально опосредованный и полимотивированный характер. Как отмечает И.С. Кон, сексуальное по форме поведение может участвовать в удовлетворении многих потребностей: коммуникативной, познавательный, самоутверждения и др. Чем более полимотивированным является сексуальное поведение, тем более опосредованный характер оно носит, т.е. может включать в себя разнообразные промежуточные звенья (привлечение внимания, коммуникация,

Т а б л и ц а 10.1. **Уровни построения деятельности и их исследование в патопсихологическом эксперименте**

Уровень	Экспертно-диагностическое значение	Функция	Проявления в эксперименте	Возможные проявления нарушений
Мотивационный	Предпосылка для осуществления волевой регуляции	Побудительная — обеспечивает способность к соотнесению ситуативного мотива экспертизы с ведущими мотивационными линиями — формирование новых мотивов (экспертизы) и сохранности их побуждающей функции на протяжении деятельности	Способность к формированию мотива экспертизы, заинтересованность в результатах выполнения заданий, интерес к последствиям исследования, эмоции успеха—неуспеха выполняют регулирующую функцию	Задания выполняются формально, эмоции успеха—неуспеха не выполняют регулирующей функции, возможен отказ от исследования вследствие снижения интереса к экспериментальной ситуации, недостаток волевой регуляции, нежелание корригировать допущенные в эксперименте ошибки (страдает способность произвольного изменения побуждений)
Целевой	Предпосылка для осуществления смысловой регуляции	Направляющая — обеспечивает способность к образованию новых целей и удержание их направляющей функции до завершения действия (мотивосообразность)	Способность к усвоению инструкции (цели), удержание ее направляющей функции (испытуемый придерживается ее при выполнении заданий), при ошибках стремится корректировать их с учетом инструкции	Плохое усвоение инструкции, утеря ее в ходе выполнения заданий, ограничение способности к опосредованию своего поведения целями (расстроена смысловая регуляция поведения)
Операциональный	Предпосылка для осуществления произвольной регуляции	Координирующая — обеспечивает реализацию и гибкую смену операций в зависимости от цели (целесообразность) и условий выполнения заданий	Способность к поиску и применению адекватных операций (способов) выполнения заданий, способность корректировать способ решения задачи с учетом ситуации	Недостаточный уровень коррекции своего поведения с учетом конкретных условий ситуации и их изменение (снижается способность к произвольному изменению операций в зависимости от условий эксперимента)

ухаживание и т.д). Еще З. Фрейдом при обсуждении энергетической модели личности было высказано предположение о том, что благодаря процессу сублимации сексуальной энергии зрелая личность имеет возможность получения удовольствия от несексуальных действий. Фиксация же сексуальной энергии на какой-то области тела или объекте ограничивает ее участие в жизни человека и приводит к невротическим расстройствам (индивид не получает удовольствия от несексуальных действий), т.е. сексуальное влече-

ние зрелого субъекта может частично удовлетворяться в разнообразных видах деятельности, не имеющих изначально сексуального характера. Таким образом, сексуальное поведение в ходе социализации приобретает все более опосредованный характер, включаясь в удовлетворение различных потребностей в процессе межличностного взаимодействия.

Однако социализация сексуального влечения происходит в тесной связи с полоролевой социализацией личности, при которой идет усвоение половых ролей. Адекватно усвоенная половая роль: 1) задает определенные правила межпартнерского взаимодействия; 2) облегчает принятие решения в ситуациях сексуального и полоролевого взаимодействия, предопределяя некоторые сценарии сексуального поведения в типичных ситуациях, задавая ценности, нормы, правила, стандарты поведения; 3) предполагает достаточно широкий диапазон способов полоролевого поведения и возможностей самореализации личности.

Нарушения сексуального поведения (в том числе парафилии) можно определить в психологическом плане как своеобразную десоциализацию сексуального поведения, при которой могут снижаться уровень полимотивированности сексуального поведения и его опосредованность. Так, в работе В.В. Гульдана (1987) показано, что у личностей с сексуальными аномалиями мотивационная сфера перестраивается — образуются мономотивы, которые доминируют в иерархии потребностей. Такое упрощение сексуальной деятельности отражает утерю возможности регуляции с помощью социальных средств (норм, ценностей). В исследовании В.В. Гульдана отмечено, что одним из существенных факторов, обусловливающих нарушение сексуального опредмечивания (формирование «мотивов-суррогатов»), является блокировка коммуникативного мотива, играющего в норме значительную роль при установлении контакта с сексуальным партнером. Это соотносится с данными о нарушении коммуникативной компетентности у сексуальных преступников. При этом сексуальное поведение может реализовывать какую-либо одну мотивационную линию, например мотив самоутверждения (аномальной самоактуализации), что может являться наиболее актуальным при реализации сексуальных агрессивных действий.

Психологический анализ противоправного сексуального поведения предполагает решение следующих задач: 1) дифференциально-диагностической — уточнение степени выраженности расстройств сексуального предпочтения; 2) регулятивной — оценка потенциального влияния психологических особенностей на регуляцию сексуального поведения.

Болезненные изменения сексуального поведения в психологическом плане находят наибольшее отражение *в особенностях полового самосознания, мотивационно-потребностной сфере, особенностях межличностного восприятия и представлениях о паттернах межпартнерского взаимодействия*. Указанные особенности могут иметь важное значение при постановке исследовательских дифференциально-диагностических и экспертных задач, в частности при уточнении формы/вида расстройства влечения, а также при оценке степени сохранности потенциальной способности к регуляции поведения в ситуациях сексуального характера.

10.1.1. Особенности полового самосознания

Согласно данным Г.Е. Сухаревой (1959), большое значение в нарушении опредмечивания сексуального влечения имеют характерологические особенности — чрезмерная робость, чувство сексуальной неполноценности, которые затрудняют общение с лицами противоположного пола и за-

ставляют искать искаженный способ удовлетворения потребности. Как отмечает В.В. Романов (1998), процесс ситуативного образования «противоправного» мотива (опредмечивание потребности) может быть нарушен в силу искажений самосознания, несформированность структур которого способствует ограничению выбора предмета потребности, мотива такого поведения.

Диагностическое значение. При аномалиях сексуального влечения выявлены структурные и содержательные нарушения полоролевой идентичности: фемининность полоролевой идентичности, идентификация с женскими полоролевыми стереотипами, недостаточная эмоциональная усвоенность мужской половой роли (формальность представлений об образе мужчины, расхождение полоролевых предпочтений и полоролевых стереотипов), недифференцированность паттернов полоролевого поведения по маскулинности [Дворянчиков Н.В., 1998]. Согласно современным взглядам, нарушения полоролевой идентичности не предопределяют однозначно нарушения сексуального влечения. Так, нарушение пропорции М/Ф, являясь индикатором психологической дезадаптации, наблюдается, например, при психосоматических расстройствах [Кочарян А.А., 1996; Grambs J.D., Waetjen W.B., 1975; Heilbrun A., 1981]. Однако данные ряда исследований [Дворянчиков Н.В., Герасимов А.В., Ткаченко А.А., 1997; Дворянчиков Н.В., Ткаченко А.А., 1998; Langevine R., 1998] позволяют установить роль нарушений половой идентичности в онтогенезе как одного из условий формирования аномалий влечения. Особое внимание при этом уделяется анализу таких феноменов, как нарушение интериоризации половой роли, изменение полоролевых предпочтений, стереотипов и т.д.

Сведения об относительной рассогласованности между полоролевыми предпочтениями и полоролевыми стереотипами у лиц с сексуальными девиациями, возможно, свидетельствуют об искажении этапа становления ролевой устойчивой самоидентичности в подростковом периоде и отражают трудности интериоризации мужских полоролевых норм и несформированность паттернов полоролевого поведения. Указанные особенности могут отражать и более ранние нарушения целостного самосознания (диффузность, текучесть «Я» — см. главу 7). Как уже отмечалось, адекватно интериоризированная половая роль предполагает достаточно широкий спектр возможностей для решения ситуаций, обусловливающих полоролевой конфликт (например, в профессиональной сфере, в сфере межличностного взаимодействия и т.д.). Нарушения же усвоенности половой роли могут отражаться на упрощении структуры сексуальных сценариев, обусловливая их стереотипизацию и ригидность в ситуациях сексуального взаимодействия.

Регулятивный аспект. Структура полового самосознания может определять регулятивную роль на этапах принятия решения, планирования и реализации сексуальной активности.

Особенности протекания этапа принятия решения и реализации находят свое отражение в различных характеристиках парафилий. Разделение клинических типов парафилий по характеру реализации активности позволяет предполагать ее различные механизмы на этапах принятия решения, планирования и реализации. Так, при обсессивно-компульсивном варианте выражена несообразность возникающего побуждения основным личностным установкам и диспозициям, что провоцирует внутриличностный конфликт, который отражается в эмоциональной негативной окрашенности представлений о мужской половой роли. Импульсивный же вариант характеризуется более положительным восприятием образа «мужчины», т.е. меньшей конфликтностью.

При внутриличностном конфликте (нарушение мотивосообразности при обсессивно-компульсивном варианте) возможны возникновение и развитие различных амбивалентных эмоциональных состояний, которые могут приводить к ослаблению механизмов личностной саморегуляции и снижению уровня регуляции по механизмам эмоционального напряжения или возбуждения [Сафуанов Ф.С., 1988]. При нарастании возбуждения может актуализироваться стремление к реализации потребности и возникшего эмоционального состояния в наиболее подходящей ситуации (этап реализации), которая выступает как условие реализации возникшей потребности. Важную роль здесь играют те особенности личности, которые способствуют реализации аномальной эмоциональной саморегуляции именно в сексуальной сфере. Это, вероятно, будут несформированность представлений о паттернах полоролевого поведения, недостаточная идентификация образа с образом «мужчины» и т.д. Большой разрыв между актуальной и идеальной самооценкой в полоролевой сфере затрудняет сопоставление этих структур и снижает эффективность саморегуляции именно в ситуациях, релевантных половому самосознанию индивида.

При импульсивном варианте наблюдается менее выраженная внутриличностная конфликтность, актуальная и идеальная самооценки недостаточно дифференцированы. В этом случае эмоциональное состояние реализуется непосредственно, минуя механизмы его личностной переработки и согласования последней с ситуационными особенностями, или же может происходить реализация потребности независимо от условий ситуации или ее компонентов. При этом клиническом типе выражена формальность представлений о полоролевых нормативах, т.е. они не окрашены эмоционально, не входят в систему личностных смыслов (ценностей) и, соответственно, не могут играть адекватной регулятивной роли в тех ситуациях, когда активизация этих стереотипов релевантна ситуации.

Таким образом, обсессивно-компульсивный и импульсивный варианты отражают особенности регуляции на этапе принятия решения и реализации, свидетельствуя об ограниченности потенциальной способности к произвольной регуляции поведения. При импульсивности преобладают снижение эмоционального компонента норм, формальность представлений о них; при обсессивности превалирует конфликтность, отражающаяся в значительном расхождении между структурами полового самосознания — актуальной и идеальной самооценки («Я-реального» и «Я-идеального»).

Как отмечают теоретики «Я-концепции» [Marcus H., Wurf E., 1987], эффективность ее участия в саморегуляции определяется следующими условиями: необходимо достаточно четкое осознание актуального образа «Я», осознание желаемого образа «Я»; эти образы должны быть сопоставимы, т.е. должна иметься возможность для их сравнения и осознания рассогласования, что и обусловливает в конечном счете саморегуляцию. В этой модели нарушение одного из этих компонентов может приводить к различным нарушениям саморегуляции. В частности, можно говорить о недостаточной четкости осознания образа «Я» при аномалиях влечения. Кроме того, данные о значительном расхождении актуальной и идеальной самооценки при обсессивно-компульсивном варианте свидетельствуют о трудностях саморегуляции у таких лиц. У импульсивных лиц отмечается значительная близость этих структур полоролевой «Я-концепции», что также снижает ее регулирующую функцию.

Вышеуказанная закономерность была отмечена В.В. Гульданом (1987), выделявшим в качестве механизма нарушения саморегуляции искажение структуры соотношения «актуального» и «идеального» образов «Я». Побу-

дительным фактором у психически здоровых лиц выступает стремление к ликвидации различных видов личностного диссонанса и, в частности, рассогласования между «идеальным Я» и самооценкой, побуждающей к контролю за областью реальных достижений. У психопатических личностей истеровозбудимого круга (отягощенных парафилиями) эти значения реальной и идеальной самооценок совпадали, отсутствие рассогласованности между элементами самооценки снимало необходимость самоконтроля за своими действиями. У психопатов тормозимого круга это рассогласование оказалось слишком велико. Величина этого расхождения заставляла их постоянно переживать собственную несостоятельность, блокируя возможность потенциального развития личности. Актуальная самооценка также не являлась у них фактором регуляции поведения.

Аналогичным образом можно рассматривать возможность участия дисгармоничной структуры полоролевой идентичности в нарушениях саморегуляции у лиц с аномалиями влечения. Участие структур «Я-концепции» в регуляции поведения определяется возможностью соотнесения «Я-образов» (актуальных и возможных). При импульсивном варианте расстройств сексуального влечения обнаружена близость этих структур, в то время как при обсессивно-компульсивном варианте — значительное расхождение между ними. Это ограничивает оценку эффективности предпринятых усилий и затрудняет корректировку активности с учетом ситуации.

Таким образом, исследование полового самосознания позволяет выделить важные параметры, отражающие структуру его изменений у лиц с аномалиями влечения, а также участвующие в регуляции сексуального поведения на различных этапах реализации сексуального поведения (этапах ситуационной мотивации, принятия решения и планирования, реализации).

10.1.2. Особенности мотивационно-потребностной сферы

Важнейшую роль приобретает анализ мотивационно-личностных изменений, возникших под влиянием аномальной потребности. Традиционно в патопсихологии мотивационная сфера личности рассматривается как иерархическая система, пики которой представлены ведущими мотивами, определяющими поведение субъекта в ситуациях межличностного взаимодействия.

Дисгармоничная полоролевая социализация, обнаруженная при парафилиях, отражает недостаточно полимотивированный характер сексуального поведения и, как следствие, слабую его опосредованность. Так, формальность и атрибутивность представлений о половой роли может ограничивать мотивацию сексуального поведения (например, до самоутверждения в мужской половой роли). Таким образом, полимотивированная и опосредованная сексуальная деятельность становится мономотивированной и может приобретать более упрощенный и свернутый характер.

Имеющиеся данные позволяют предполагать особенности изменения личности под влиянием девиантной потребности. В отношении перестройки мотивационной сферы при личностных аномалиях (на модели алкоголизма) Б.В. Зейгарник и Б.С. Братусь (1980) отмечали: в зависимости от того, что побуждает человека, строятся его интересы, переживания и стремления, а изменения в содержании потребностей вызывают изменения строения личности человека. Согласно данным В.В. Гульдана (1987), у личностей с сексуальными перверсиями мотивационная сфера перестраивается — образуются мономотивы, которые доминируют в иерархии потребнос-

тей. Таким образом, искаженное влечение входит в иерархию потребностей и перестраиваст ее, искажая иерархию мотивов и определяя участие личностных механизмов регуляции (планирование, смысловая регуляция и т.д.).

Динамика развития мотивационной сферы у больных с расстройствами влечения отражает нарушение как структуры потребности, так и ее содержательной стороны: они становятся все менее опосредованными. Л.И. Божович (1968) отмечала, что «потребности различаются не только по своему содержанию и динамическим свойствам (сила, устойчивость и т.д.), но и по своему строению: одни из них имеют прямой, непосредственный характер, другие опосредованы целью или сознательно принятым намерением». У импульсивных больных, например, побуждение приводит прямо и непосредственно к действиям.

Опосредованность потребностей, мотивов связана с их иерархическим строением — чем более опосредованный характер носят мотивы и потребности, тем выраженнее их иерархическая связь. На эту закономерность указал в свое время К. Левин, когда писал, что замещающее действие может проявиться, если мотивы иерархически построены («коммуникация квазипотребностей»). В этих случаях не происходит жесткой фиксации на средстве удовлетворения потребности. Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека. Ведь только в том случае, когда потребность становится опосредованной (сознательно поставленной) целью, возможно сознательное управление ею со стороны человека [Коченов М.М., 1980; Зейгарник Б.В., 1986]. В.В. Гульдан (1987) описал «ситуативно-импульсивные» мотивы, которые обусловливают поведение с нарушением способности к опосредованию его целями и нормами. Деятельность утрачивает специфически человеческую характеристику: из опосредованной она может становиться импульсивной и жестко фиксированной на средствах удовлетворения потребности. Исключаются возможности реализации потребности путем «замещающих» действий («сублимации»), переключения на другие мотивационные системы для разрядки.

При исследовании регулятивного влияния социальных норм на поведение человека М.И. Бобнева (1975) отмечала, что, будучи усвоенными, интериоризированными, превратившись в факторы внутреннего мира человека, социальные нормы воздействуют на поведение через систему внутренних факторов регуляции — самосознание, самооценку, мотивационную систему, т.е. становятся собственно личностными факторами регуляции поведения. Они участвуют в формировании высшего уровня регулятивных механизмов поведения человека, его идеалов, убеждений, высших нормативных представлений и нравственных образований. Регулятивное влияние социальных норм проявляется и в тех случаях, когда они не могут быть представлены в актуальном поле сознания в развернутом виде. Однако, будучи интериоризироваными субъектом, они могут перестроить его мотивационную систему таким образом, что определенные виды поступков и линии поведения будут для него закрыты и исключены, и их он будет оценивать как безнравственные. При слабой интериоризации или сознательном игнорировании социальных норм они, как правило, представлены в сознании субъекта в виде формально знаемых мотивов и в большинстве случаев не оказывают регулятивного воздействия на его поведение.

Процесс ситуативного опредмечивания и реализации противоправной потребности сопровождается личностным отношением к ней. Отношение к аномальной потребности и включенность ее в систему ценностей являются

одним из критериев нарушения высшего уровня регуляции поведения [Кудрявцев И.А., 1996]. При направленном психологическом исследовании сексуальной сферы возникает необходимость оценки места аномальной потребности в мотивационно-потребностной сфере. Положительное отношение к потребности, включенность ее в ценностную систему личности (синтония) или же несоответствие, противоречие ее основным личностным установкам и ценностям (дистония) позволяют предполагать различные механизмы ее дальнейшей реализации. Исходя из этого, может быть выделено два варианта статуса аномальной потребности в мотивационной иерархии.

А. Аномальная потребность не занимает ведущего места в мотивационной иерархии.

Диагностическое значение. Такой вариант в клинике описан как дистонический и его индикаторами выступает эмоционально-конфликтное восприятие социальной половой роли. При дистонии, в отличие от синтонии, образ сексуального партнера более приближен к нормативному, выражена большая конфликтность в восприятии мужской половой роли [Дворянчиков Н.В., 1998].

Регулятивный аспект. Возникающий при актуализации аномальной потребности внутриличностный конфликт может вызывать различные стратегии совладания и приводить к развитию эмоциональных состояний, ограничивающих способность к регуляции поведения. При эгодистонии расстройство влечения может сопровождаться борьбой мотивов, которая происходит благодаря сохранным звеньям личностной нормативной регуляции (ценности, установки). Однако в некоторых случаях (при употреблении психоактивных веществ, длительном эмоциональном напряжении) эта борьба может нивелироваться, протекая по механизмам развития эмоциональных состояний [Коченов М.М., 1980; Сафуанов Ф.С., 1998], отличие этих состояний от состояний аффекта заключается в том, что безвыходной и трудно разрешимой выступает для человека не *внешняя* ситуация, а *внутреннее* состояние, поскольку, сталкиваясь с необычным влечением, человек может не иметь представления о возможных стратегиях совладания с ним.

Особую диагностическую роль приобретают высокий контроль и примитивные защитные механизмы (отрицание, подавление, вытеснение). В направленном исследовании индикатором указанных особенностей могут выступать формальность и поляризованность представлений о социальной половой роли (ее стереотипность, жесткость, ригидность), а также высокий уровень выраженности алекситимических черт (трудности в вербализации собственных черт и переживаний). Указанные особенности усложняют внутреннюю переработку возникающих необычных влечений, приводя к выработке недостаточно эффективных стратегий совладания и трудностям контроля поведения.

Б. Аномальная потребность занимает одно из ведущих мест в мотивационно-потребностной иерархии.

Диагностическое значение. В клинике такой вариант носит название эгосинтонического. Его индикаторами выступают эмоционально-сниженное, бесконфликтное, нейтральное восприятие половых ролей, нарушения интериоризации половой роли, ее искаженный характер. Искажение личностных особенностей здесь затрагивает структуры полового самосознания и сексуальных предпочтений. Восприятие «сексуального партнера» по профилю М/Ф не соответствует нормативному. Выражено снижение эмоционального компонента интериоризированности половой роли в виде эмоционально-нейтрального отношения к образу мужчины [Дворянчиков Н.В., 1998].

Регулятивный аспект. Приобретая характер ведущей потребности, аномальное влечение определяет кардинальные изменения личности. Следует отметить два наиболее важных момента:

1) потребность подчиняет себе основные ведущие мотивационные линии личности, что отражается на ограничении сферы интересов, переключении их на «информационные объекты», содержательно связанные с объектом влечения или способом его удовлетворения; происходит «оскудение личности», человек перестает получать удовлетворение от приятных ранее видов деятельности, в том числе и традиционных форм сексуальной активности;

2) аномальный характер влечения обусловливает упрощение структуры деятельности, ее сворачивание, что может приводить к выпадению отдельных этапов деятельности, уменьшению степени ее опосредованности целями, планами, сценариями.

Таким образом, этот вариант отличается тем, что психологические механизмы регуляции деятельности как бы начинают «обслуживать» ведущую аномальную потребность, обусловливая возникновение искаженных личностных смыслов. Включенность аномальной потребности в систему личностных смыслов, положительное к ней отношение перестраивают всю иерархию мотивов и потребностей человека — она начинает занимать доминирующее положение в системе мотивов, выполняя роль своеобразной ведущей деятельности и подчиняя себе все остальные [Зейгарник Б.В., Братусь Б.С., 1980]. Преобладает сниженность эмоционального отношения к полоролевым нормативам, и на всех этапах активность, направленная на удовлетворение актуальной потребности, может иметь различную степень «развернутости». При этом регуляция поведения осуществляется с искажением в звене критичности к ненормативному объекту или способу, оставляя полоролевые эталоны на уровне «знаемых» норм. Реализация аномальной потребности в этом случае может принимать характер как максимально развернутой и осознанной деятельности, так и носить свернутый и плохо осознаваемый характер.

Таким образом, особенности эмоционального отношения к полоролевым стереотипам могут отражать возможность их участия в регуляции поведения. При сниженности эмоционального отношения к полоролевым стереотипам они не включаются в регуляцию в случаях эгосинтонии, в то время как при дистонии амбивалентное отношение к полоролевым стереотипам может ограничивать реализацию сексуальной активности.

10.1.3. Особенности восприятия объекта сексуального предпочтения

Диагностическое значение. Исследование особенностей восприятия объекта сексуального предпочтения является важнейшей диагностической категорией, поскольку позволяет верифицировать клинико-сексологические гипотезы относительно того, на каком именно сексуальном объекте фиксирован испытуемый. При этом следует учитывать характер аномальной потребности (синтонический или дистонический вариант), поскольку восприятие объекта в этих случаях может быть представлено в различной степени осознанно. Поэтому наиболее эффективно в этом случае применение *проективных* методик. Особую ценность эти методы приобретают при диагностике расстройств влечения с нарушением объекта, так как именно исследование личностных смыслов, связанных с сексуальной сферой, приобретает дифференциально-диагностическое значение. Так, нечеткость вос-

приятия возрастных особенностей наблюдается у лиц с нарушением выбора объекта по возрасту [Дворянчиков Н.В., Герасимов А.В., Ткаченко А.А., 1997] и полу (см. главу 7). Как отмечал З. Старович, педофилы усматривают черты взрослого кокетства при разглядывании детских портретов. В направленном психологическом исследовании сексуальной сферы диагностически значимым выступает установление ассоциативно-семантических связей «девочка—женщина—сексуальный партнер» или «мальчик—мужчина—сексуальный партнер» (методика ЦТО) для гетеро- и гомосексуальных педофилов соответственно. Кроме того, применение рисуночных методик и методики ФПО дает возможность оценить, какие именно атрибутивные характеристики сексуального партнера выступают привлекательными. Так, при выполнении теста «Руки» описание рук ущербных, калечных в большей степени характерно для лиц с некрофильными тенденциями.

Регулятивный аспект. Фиксация на определенных характеристиках объекта сексуального предпочтения ограничивает возможность смысловой или целевой регуляции поведения, поскольку в ситуации актуализации сексуальной потребности ограничивает выбор цели поведения, сужает диапазон выбора возможных объектов влечения и предопределяет поиск определенного объекта сексуального влечения. Психологический механизм может быть здесь описан как смещение побуждающей функции мотива на цель (объект), т.е. взаимодействие с определенным объектом приобретает мотивирующую функцию. Такая фиксация мотивационной функции на цель является фактором, *существенно ограничивающим диапазон выбора* различных целей при актуализации сексуальной потребности. При этом другие уровни регуляции поведения (например, операциональный, при котором происходит коррекция поведения в соответствии с изменением ситуации) могут быть сохранны, создавая у наблюдателя иллюзию полного контроля поведения со стороны субъекта.

Психологический регулятивный потенциал этого уровня может варьировать от достаточно успешного участия в регуляции поведения (как в варианте эгосинтонном), где испытуемый, ориентируясь на искаженные личностные смыслы, может достаточно успешно строить свое поведение, направленное на удовлетворение аномальной потребности (педофил, покупающий конфеты и игрушки для детей), «адекватно» для своей потребности оценивая ситуацию, в том числе ориентируясь на ее изменения до ее полной дезорганизации (в случаях дистонии) с выпадением различных этапов поведения.

10.1.4. Особенности восприятия паттернов межпартнерского взаимодействия

Диагностическое значение. Этот показатель также является важным диагностическим параметром, поскольку позволяет уточнить клинико-сексологические гипотезы относительно фиксации на определенном способе реализации сексуального влечения. В психологическом исследовании ценным индикатором выступает актуализация доминирующих способов взаимодействия с окружающими. Следует отметить, что недостаточный уровень коммуникативных установок выражен у большинства испытуемых с парафилиями. Указанные просоциальные установки замещаются у лиц с аномалиями влечения определенными паттернами взаимодействия: так, это наглядно проявляется в тесте «Руки», где для лиц с эксгибиционизмом характерно преобладание демонстративных тенденций, для лиц с садистическим расстройством влечения — сочетание паттернов доминирования и фикси-

рованности на незавершенных агрессивных действиях [Дворянчиков Н.В., Герасимов А.В., Ткаченко А.А., 1987].

Результаты проведенных нами исследований лиц с гомицидным сексуальным поведением позволяют выделить дифференциально-диагностические категории различных вариантов такого поведения. Описаны следующие механизмы реализации гомицидного сексуального поведения: 1) для испытуемых с расстройством сексуального влечения характерно восприятие партнера как «средства» удовлетворения аномального влечения, что может отражать стремление сделать партнера наиболее «подходящим» для удовлетворения аномального влечения, т.е. пассивным и подчиняющимся; 2) испытуемые без расстройств влечения воспринимают сексуального партнера в большей степени как «преграду» при разрешении межличностных конфликтов, что может свидетельствовать о стремлении преодолеть межличностный конфликт, принижая личностный статус партнера [Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Герасимов А.А., 2000].

Паттерны межпартнерского взаимодействия при инцестуозных действиях нередко позволяют исключить оценку действий с несовершеннолетним как педофильных. Так, рассмотрены механизмы размывания традиционных внутрисемейных ролей и установления собственной иерархии в межпартнерских отношениях. Такая иерархия направлена на установление полного контроля в системе инцестуозной семьи, выполняет функцию саморегуляции через восстановление и удержание чувства компетентности, нарушающегося при взаимодействии с партнером в связи с особенностями интериоризации половой роли [Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Ковальчук Ю.А., 1999].

Регулятивный аспект. Фиксация на определенном способе реализации сексуальной активности предполагает сужение диапазона (потенциала) возможных способов поведения в ситуации актуализации сексуальной потребности и соответственно ограничение возможности их ситуационной коррекции. При этом ограниченность операционального уровня регуляции не исключает регулятивное влияние мотивационного уровня. Субъект, реализуя определенный паттерн поведения, испытывает подкрепляющие эмоции. Такой механизм можно назвать смещением побуждающей функции мотива на операцию (способ выполнения действия). При этом участие операционального уровня в регуляции деятельности может быть достаточно ограниченным, поскольку поведение может и не согласовываться с изменениями ситуации. Болезненная фиксация на определенном способе реализации аномальной потребности означает, что в ситуации актуализации сексуального влечения выбор различных способов удовлетворения сексуального влечения будет ограничен.

Таким образом, направленное психологическое исследование сексуальной сферы позволяет определить важные клинико-диагностические индикаторы аномалий сексуальной сферы и прояснить регулятивные механизмы аномального сексуального поведения.

10.1.5. Нарушения полового самосознания и регуляция поведения

Е.Т. Соколова (1989) выделяет когнитивную, аффективную и поведенческую составляющие самосознания. Обработка данных клинических проявлений расстройств половой идентичности у 85 12-летних мальчиков методом факторного анализа позволила выделить два относительно независимых фактора — когнитивных и аффективных нарушений [Zucker K.,

Bradley S., Sullivan C. и др., 1993]. Рассматривая поведение как процесс, согласующий когнитивный и аффективный компоненты самосознания, следует подчеркнуть, что при искажении первых двух именно на поведенческий компонент будет ложиться основная тяжесть поддержания целостности самосознания и, в частности, половой идентичности. В табл. 10.2 приведены основные критерии оценки нарушений компонентов полового самосознания.

Однако для оценки регуляции конкретного поведенческого акта целесообразно проведение анализа участия данных нарушений по этапам. В табл. 10.3 приводятся факторы, предназначенные для направленного психологического исследования сексуальной сферы в соответствии с различными этапами поведения.

Итак, очевидной становится и критика вышеизложенного психологического заключения в отношении Р.: перечисленные в заключении методы не вполне адекватны для изучения полоролевой идентичности и паттернов полоролевого поведения. При этом выводы исследования скорее объясняют поведение, чем показывают, на каком уровне регуляции и каком этапе происходит нарушение поведения; в них отсутствует психологический анализ поведения в криминальных ситуациях. Не совсем понятно, на основании чего делается вывод о мотивации самоутверждения в мужской роли. Впрочем, многие претензии объясняются издержками однородности проводимых исследований, не согласующихся между собой в принципиальных моментах.

Таблица 10.2. **Психологические критерии оценки нарушений полового самосознания**

Компонент	Феномен	Критерии	Значение
Поведенческий	Недифференцированность представлений о секстипических паттернах полоролевого поведения	Недифференцированность, искаженность пропорции М/Ф, представлений о паттернах полоролевого поведения	Ограничение выбора стратегий поведения, сложность восприятия ситуации межполового взаимодействия, некритичность к «искаженным» паттернам поведения
Аффективный	Нарушение эмоционального отношения к образам «мужчины», «женщины», полоролевым паттернам	1) Амбивалентное, нейтральное, формальное восприятие мужской половой роли; 2) амбивалентное нейтральное формальное восприятие образа «женщины»	Представления о половой роли не оказывает ограничительного влияния на поведение; недостаточная способность к эмпатии
Когнитивный	Искажение интериоризированного содержания полоролевой идентичности, трансформированность, текучесть «Я»	Недифференцированность, искаженность пропорции М/Ф, образов женщины, мужчины и ребенка, представлений о мужской половой роли; расхождение полоролевых предпочтений и полоролевых стереотипов	Представления о мужских полоролевых стереотипах либо не оказывают влияния на поведение (в случае расхождения известных испытуемому представлений о полоролевых стереотипах), либо направляют его по искаженным линиям; искажение сексуальных предпочтений

Таблица 10.3. **Соотношение этапов поведения и соответствующих им регулятивных структур**

Этап	Механизм регуляции и релевантные психологические процессы, определяющие потенциальную способность к регуляции в принципе	Психологические факторы, определяющие степень потенциальной способности регуляции в ситуации сексуального взаимодействия	Нарушения факторов
1. Предкриминальная ситуация (формирование личности с определенной социальной ориентацией)	Высшее звено мотивации — ценности личности, социальные установки	Идентификация с половой ролью. Представления о полоролевых стереотипах	Ограниченный характер полоролевой идентификации. Недифференцированность, искаженность, формальность представлений о полоролевых стереотипах
		Представления о паттернах полоролевого поведения	Недифференцированность, искаженность, формальность представлений о полоролевых стереотипах
		Представления об объекте сексуального предпочтения	Генерализация эмоционального отношения к объекту (негативное, нейтральное, амбивалентное), нарушение представлений о половозрастных характеристиках объекта
		Способность к эмоциональной экспрессии и импрессии	Ограниченный характер участия различных аспектов эмоционального гнозиса, переработки эмоциональной информации, низкий уровень эмпатии, алекситимия.
		Коммуникативная компетентность	Недостаток навыков социального взаимодействия, эгоцентризм, неуверенность в общении, низкая самооценка, трудности установления, поддержания и выхода из контакта
2.1. Этап формирования ситуационного мотива	Способность адекватно соотносить субъективные моменты с объективно существующими условиями окружающей действительности и имеющейся ситуации	Отношение к полоролевым стереотипам	Нейтральное, негативное, амбивалентное отношение к полоролевым стереотипам
2.2. Этап принятия решения планирования и прогноза	Целеполагание, т.е. выбор и постановка целей, на достижение которых будет направлен поступок, самооценка	Идентификация с мужской половой ролью	Нарушение идентификации с половой ролью (несоответствие представлений о себе собственным представлениям о мужской половой роли)

Этап	Механизм регуляции и релевантные психологические процессы, определяющие потенциальную способность к регуляции в принципе	Психологические факторы, определяющие степень потенциальной способности регуляции в ситуации сексуального взаимодействия	Нарушения факторов
		Интериоризация мужской половой роли (гендерной схемы), согласованность представлений о половой роли с предпочтениями субъекта (включенность в установки и личностные смыслы собственных и культуральных представлений о полоролевых стереотипах)	Нарушение интериоризации мужской половой роли: 1) эмоциональный компонент — негативное, нейтральное, амбивалентное восприятие мужской роли; 2) когнитивный компонент — формальность, атрибутивность, недифференцированность, искаженность восприятия мужской половой роли; 3) смысловой компонент — невключенность в систему полоролевых предпочтений нормативной мужской роли
		Уровень достижений и уровень притязаний в сексуальной сфере	
		Представления о сексуальном объекте	Рассогласованность между представлениями о реальном и идеальном сексуальном партнере Деперсонификация объекта, негативное, нейтральное, амбивалентное эмоциональное отношение, нарушение представлений о половозрастных характеристиках объекта
2.3. Этап реализации и контроля, выбор способа достижения цели	Интегративная коррекция поведения со стороны самосознания и осознания окружающей действительности. На основе соотнесения этих оценок осуществляется личностный контроль каждого этапа поведения и соответствующая результатам контроля коррекция каждого звена поведения	Сформированность представлений о паттернах полоролевого поведения позволяет прогнозировать возможность участия полоролевых стереотипов регуляции полового поведения в ситуациях сексуального взаимодействия	Недифференцированность, искаженность, формальность представлений о паттернах полоролевого поведения (отражает ограниченный характер возможности актуализироваться в виде планов, сценариев, паттернов поведения)
		Способность к эмоциональной импрессии и экспрессии (фактор, обеспечивающий умение строить свое поведение с учетом потребностей/состояний/мнений других людей)	Ограниченный характер участия различных аспектов переработки эмоциональной информации (нарушение эмоционального гнозиса, когнитивной переработки эмоциональных стимулов), низкий уровень эмпатии, алекситимия

10.2. Нарушения церебральных механизмов регуляции

Рассмотрение вопросов регуляции аномального сексуального поведения на уровне церебральных механизмов возможно при анализе результатов нейропсихологического исследования в трех аспектах: 1) выделение ведущих нарушенных факторов; 2) выделение мозговых структур, функционально связанных с нарушенными факторами; 3) приложение представлений о нарушенных факторах и мозговых структурах к схеме регуляции поведенческого акта. При этом для понимания роли нарушений на всех трех этапах необходимо их сопоставление с клинико-психопатологической картиной реализации аномального сексуального влечения.

10.2.1. Нарушения факторов

Проведенное нейропсихологическое исследование лиц с парафилиями выявило у них ряд специфических нарушений высших психических функций [Батамиров И.И. и др., 1997]. У большинства испытуемых выявлялись признаки нарушения *нейродинамической* составляющей психических процессов, что было очевидно и клинически, — в виде колебаний внимания, активности, работоспособности, флюктуаций темпа деятельности, достигающих иногда уровня отчетливых колебаний ясности сознания.

На первый план выступали расстройства *зрительной* и *слухоречевой памяти* (здесь и далее перечисляются выявленные нарушения по степени убывания их частоты): нарушения избирательности и прочности следов, дефицит объема. Из *зрительно-пространственных* нарушений отмечались метрические и координатные. При исследовании *зрительного гнозиса* выявлялись тенденции к фрагментарности восприятия и левостороннему игнорированию. *Двигательные* нарушения складывались из дефицитарности динамического праксиса и реципрокных взаимодействий с первичным дефицитом с преобладанием в левой руке, трудностей усвоения моторной программы, патологической инертности стереотипов, эхофеноменов. При *счетных операциях* выявлялись упрощение программы, персевераторные и пространственные ошибки, колебания внимания.

Таким образом, выявленные нарушения позволяют говорить о преимущественном поражении таких факторов, как нарушения избирательности внимания и прочности следов (нейродинамическая составляющая), нарушения функций программирования и контроля, тенденции к фрагментарности восприятия и левостороннему игнорированию.

Диагностическое значение (патогенетический аспект). С известной долей условности можно выделить три составляющих нейропсихологических нарушений: когнитивную, аффективную и поведенческую. Дефицит нейродинамической составляющей относится ко всем этим составляющим, хотя может по-разному проявляться в каждой из них. В когнитивной составляющей прежде всего имеются нарушения непроизвольного и произвольного модально-неспецифического внимания, что, по-видимому, обусловлено таким клиническим феноменом, как флюктуации уровня бодрствования (сознания) и диссоциативные расстройства, в аффективной — преобладание подкорковых, протопатических эмоций, в поведенческой — отмечается переход к архаическим паттернам поведения (например, при эксгибиционизме — к социогенитальному поведению). К нарушениям первой, когнитивной, составляющей относятся нарушения восприятия (тенденция к фрагментарности и левостороннему игнорированию, которые, возможно, играют роль в нарушении оценки, в частности половозрастных характерис-

тик объекта) и соматогнозиса (клинические корреляты последнего могут проявляться не только феноменами дисморфофобии, но и конверсионными расстройствами). Дефицит поведенческой составляющей проявляется прежде всего нарушениями программирования и контроля поведения, что клинически может выражаться в импульсивности, стереотипности поведения или имитационном его характере.

Дефицит эмоциональной составляющей остается наименее изученным, что прежде всего связано с отсутствием среди методик стандартного нейропсихологического обследования адекватных клиническим задачам, поэтому основные данные о ее нарушениях получены при психологическом исследовании (см. главу 7). Клинические феномены представлены в главе 5.

В табл. 10.4 предложены критерии оценки нарушений высших психических функций при аномальном сексуальном поведении. Эклектичность подхода и упрощение некоторых понятий обусловлены стремлением сделать таблицу понятной прежде всего для психиатра-клинициста.

Таблица 10.4. **Критерии оценки нейропсихологических нарушений**

Составляющие	Феномен	Критерии	Значение
Поведенческий компонент (атипичная асимметрия мозга)	Нарушения программирования и контроля поведения	Эхопраксии, системные персеверации, импульсивность	Имитационное поведение, стереотипность, импульсивность
	Нейродинамическая составляющая	Нарушение избирательности, истощаемость	Переход на подкорковый уровень регуляции к архаическим паттернам поведения
Аффективный компонент (атипичная асимметрия мозга)	Импрессия	Нарушение эмоционального гнозиса	Поведение жертвы не регулирует поведение субъекта, проекция своих эмоциональных состояний на другого
	Субъективный компонент	Трудности идентификации собственных эмоций по знаку	Амбивалентность, неосознавание собственных эмоций, эмоции-миксты
	Экспрессия	Алекситимия, трудности выражения эмоций через телесные ощущения	Рассогласование вегетативных основ эмоции и их субъективных переживаний
	Нейродинамическая составляющая	Истощаемость коры, нарушение избирательности	Преобладание подкорковых протопатических эмоций
Когнитивный компонент (атипичная асимметрия мозга)	Нейродинамическая составляющая	Нарушения непроизвольного и произвольного модально-неспецифического внимания	Флюктуации уровня бодрствования (сознания)
	Нарушения восприятия	Фрагментарность восприятия, игнорирование части пространства, лицевая агнозия	Искажение восприятия внешних характеристик объекта, особенно лица
	Соматогнозис	Нарушения восприятия тела	Отчуждение поведения

12 – 3935

Продолжение табл. 10.4

Составляющие	Феномен	Критерии	Значение
Интегративная работа мозга	Макрофакторы	Передние отделы мозга Левое полушарие Правое полушарие Межполушарные взаимодействия Корково-подкорковые взаимоотношения	Нарушения целостности физического и психического «Я» (расстройства половой идентичности)
	Функциональная асимметрия	Сочетание левосторонних асимметрий и симметрий	Особенности клинических проявлений и возможное влияние на произвольность поведения функциональной асимметрии

В настоящее время не вполне ясной представляется роль атипичной функциональной организации мозга, проявляющейся в форме амбидекстрии и левшества, или смешанного типа индивидуального профиля функциональной асимметрии. Во всяком случае, можно говорить о том, что ее влияние может проявляться во всех трех составляющих регуляции и сказываться на ее произвольности. В практике экспертизы следует учитывать прежде всего своеобразие клинических проявлений парафилий у левшей и отличать их от симулятивного поведения (подробнее см. главу 8).

10.2.2. Структурные нарушения

Необходимо осознавать тот факт, что сравнение выявленных нарушений при аномальном сексуальном поведении с моделью очагового поражения головного мозга имеет ограниченные возможности, так как при этом предполагается, что одни и те же факторы нарушены при поражении одних и тех же структур в обоих случаях, а это само по себе нуждается в четких доказательствах. Более того, заведомо ясно, что функциональные нарушения (а в случае парафилий речь чаще идет о дефиците функций, а не об их выпадении) не совпадают с органическими. Нейропсихологические синдромы при парафилиях более сложны и многозначны и могут быть по-разному интерпретированы. Еще более усложняет картину дизонтогенетический характер нарушений с явлениями дисгармонии функций, что на современном уровне знания просто не дает возможности однозначной интерпретации. Имеющиеся в литературе сведения о роли различных мозговых структур изложены в главе 8.

Анализ интегративных показателей (макрофакторов) нейропсихологического исследования лиц с парафилиями [Батамиров И.И. и др., 1997] показал, что наиболее выражены следующие нарушения: дефицит функций правого полушария, межполушарного взаимодействия, нарушение корково-подкорковых отношений и дефицит функций передних отделов мозга.

Регулятивный аспект. Теория функциональных систем, предложенная П.К. Анохиным, рассматривает целенаправленный поведенческий акт как системную динамическую организацию, в основе которой лежат специфические узловые механизмы, объединяющие различные уровни ЦНС и участвующие в построении и реализации сложного приспособительного поведения. При этом все функциональные системы организма имеют принци-

пиально одну и ту же функциональную архитектонику, в которой результат является центральным системообразующим фактором, стабилизирующим организацию системы [Анохин П.К., 1978]. Согласно этой теории, стадии регуляции поведенческого акта можно представить следующим образом.

I. Афферентный синтез.

На этапе афферентного синтеза реализуется взаимодействие доминирующей мотивации, информации об условиях среды (обстановочная афферентация) и прошлого опыта. Прошлый опыт (онто- и филогенетическая память) представляет собой широкий круг готовых функциональных элементов, навыков (врожденных или приобретенных), носящих жесткий, автоматизированный характер (стереотипы). Нейрофизиологическую основу этого этапа составляют механизмы конвергенции возбуждений на одних и тех же нейронах головного мозга, прежде всего на уровне коры больших полушарий. Наиболее выражены полимодальные конвергентные свойства у нейронов лобных отделов новой коры. Передние отделы головного мозга играют важную роль в обеспечении избирательности и целенаправленности психических процессов, они непосредственно участвуют в механизмах эмоциональной саморегуляции и мотивационных процессах. Нарушение фактора избирательности высших психических функций, представляющееся одним из основных при аномалиях сексуального влечения, может быть связано преимущественно с поражением медиобазальных отделов лобной и височной коры.

Доминирующая метаболическая потребность и мотивация (долговременная память). В основе любого поведенческого акта лежит доминирующая мотивация, которая складывается на основе актуально преобладающей потребности. Она создает скрытую готовность организма к определенным видам деятельности, которая определяет все последующие этапы мозговой деятельности по созданию поведенческих программ, направленных на удовлетворение определенной потребности организма (что ведет к снижению мотивации).

Доминирующая мотивация активирует механизмы актуализации прошлого опыта, следы памяти. Актуализируются генетически закрепленные формы реагирования, энграммы видовой памяти и приобретенный в онтогенезе индивидуальный опыт как набор готовых функциональных элементов, соответствующий удовлетворению актуальной в данный момент потребности и обстановочной афферентации. Повышение силы доминирующего мотива может приводить к нарушению прогнозирования и переоценке промежуточных этапов действия [Судаков К.В. и др., 1990].

При анализе биологических мотиваций в формировании психической деятельности животных и человека ведущая пейсмейкерная роль отводится гипоталамическим мотивационным центрам. Организация мотивационного возбуждения обеспечивается специфическими восходящими влияниями гипоталамо-ретикулярных структур на кору. Клинические исследования неоднократно показывали частоту поражения гипоталамуса у лиц с парафилиями. Мотивационные центры гипоталамуса имеют обширные двусторонние связи со структурами ростральных отделов ретикулярной формации среднего мозга, лимбической системы и корой полушарий, преимущественно с ее передними отделами.

Социальные мотивации человека, несмотря на их первичную корковую организацию [Леонтьев А.Н., 1976], энергетически поддерживаются тонизирующими влияниями лимбических структур мозга. Установлено, что при разрушении структур лимбической системы мотивационное состояние у животных не исчезает, а реализуется в неадекватных формах (для пищевого

поведения — гипер- и гипофагия), клинические аналогии чего очевидны. Дезактуализация социальной мотивации при парафилиях, возможно, также патогенетически связана с поражением этих структур.

А.В. Котов (1990) на основе анализа экспериментальных данных говорит о наличии пластических свойств доминирующей мотивации, благодаря которым мотивационное возбуждение при его интенсификации способно изменять свою исходную модальность. При этом за счет трансформирования поведенческих актов организм достигает новых, внешне неадекватных исходной потребности результатов деятельности.

Типичным примером изменения целенаправленности поведенческих актов в конфликтных ситуациях является смещенная активность (переадресованные реакции). В процессе формирования смещенной активности, по-видимому, происходит дисбаланс гипоталамо-корковых отношений. В целом эта картина напоминает то, что Г.Н. Крыжановский (1980) называет формой III детерминации. В этом случае структура мозга, испытывающая действие отдельного гиперактивного очага, подчиняется лишь его модулирующим влияниям и переходит на автономные режимы работы, иногда патологического характера. Такое состояние характеризуется патологической устойчивостью, формируется на основе механизмов «порочного круга» [Крауклис А.А., 1964] и/или на основе формирования матрицы долговременной памяти, обеспечивающей устойчивость патологического состояния [Бехтерева Н.П., 1974, 1981, 1988].

Индивидуальная и генетическая память. Гиппокамп, как известно, участвует в извлечении следов из памяти под влиянием мотивационного возбуждения для использования этих следов в организации текущего поведения. Можно предположить, что этот механизм нарушается в случае перехода регуляции на подкорковый уровень и актуализации архаических паттернов поведения. Представляется, что нарушения прочности следов, выявляемые у лиц с парафилиями, происходят под воздействием задних отделов височной доли. Нарушение избирательности внимания, возможно, обусловливает замещение восприятия прошлым опытом у лиц с патологией сексуального влечения.

Обстановочная афферентация — схема тела и стимулы среды, их взаимодействие. Предполагается, что миндалина преимущественно связана с внешними, а не с внутренними мотивационными стимулами, в ней обнаружены нейроны, реагирующие на определенные стимулы: лица, мимику, выразительные жесты. Нарушения функций данной структуры может лежать в основе таких клинических феноменов, как амнезия на лица, нарушения эмоционального гнозиса. Тенденции к фрагментации восприятия и игнорированию части пространства, по-видимому, находят отражение в механизмах сужения восприятия окружающего. Клиническое выражение нарушений восприятия собственного тела, возможно, определяется наличием феномена отчуждения собственных движений или поведения при реализации аномального влечения.

Пусковая афферентация. По-видимому, миндалина участвует также в процессе субъективной оценки состояния внутренней среды, и ее дефицитарность может приводить к ухудшению распознавания собственных эмоций.

II. Выбор или принятие решения.

На этой стадии происходит процесс освобождения организма от чрезвычайно большого количества степеней свободы, «вытормаживание» вариантов поведения, формируется интеграл эфферентных возбуждений, необходимых в актуальной ситуации. Представляется вероятным, что наруше-

ние избирательности может проявляться в частном случае как уравнивание возможности выбора. Как известно, миндалина участвует в поведенческом торможении при конфликтных ситуациях путем «взвешивания» конкурирующих эмоций, порожденных конкурирующими потребностями, что дает основания предполагать возможную ее роль в механизме обсессивно-компульсивного влечения.

III. Акцептор результата действия.

Акцептор результата действия (АРД) предвосхищает афферентные свойства будущего результата, который должен быть получен в соответствии с принятым решением. По сути, это аппарат предвидения свойств потребных результатов, постановки цели, программирования. Формирование АРД определяют, с одной стороны, его генетическая основа и усложнение, обогащение его механизмов в процессе обучения субъекта (множественного взаимодействия индивида с факторами, удовлетворяющими и не удовлетворяющими его исходные потребности), с другой — процессы памяти. Ведущая роль в извлечении сформированных соответствующими подкреплениями энграмм АРД принадлежит доминирующим мотивациям.

По-видимому, роль АРД при парафилиях могут выполнять патологические фантазии или импринтированный опыт. Можно предположить ведущую роль правого полушария в его формировании, как и любого образного гештальта. Нарушение прочности следов может приводить к нестойкости образа результата в кратковременной памяти с его полным или частичным замещением, использующим долговременную или генетическую память.

IV. Эфферентный синтез.

Механизм эфферентного синтеза определяет организацию действия как центрального процесса, его программу.

Организация человеческого поведения обеспечивается интегративной деятельностью мозга как целого, где основную программирующую и контролирующую роль играют передние отделы новой коры. С позиции классической нейропсихологии функционирование лобных долей мозга, прежде всего конвекситальных отделов, связывается с пластичностью поведения, его произвольной регуляцией, с программированием и контролем за деятельностью в соответствии с изменяющимися условиями. Нарушения спонтанности и произвольности поведения, характерные для поражения лобных долей, особенно импульсивность, часто достаточно отчетливо представлены в клинической картине парафилий. Выявление у больного персевераций может быть связано со стереотипностью поведения, а эхофеноменов — с его повышенной имитативностью.

Вместе с тем существует мнение, что актуализация закрепленных автоматизированных, непроизвольных действий на основе сложившихся программ связана с деятельностью правого полушария головного мозга, тогда как левое полушарие ответственно за реализацию произвольной деятельности, построение новых программ поведения в динамичной внешней среде. Вышеприведенные выводы касаются и имитативного поведения

Таким образом, для актуализации стереотипной, автоматизированной активности, поведенческих актов, реализация которых подготавливается уже на этапе афферентного синтеза на основе доминирующей мотивации и следов прошлого опыта, когда все последующие этапы свернуты, характерно снижение участия передних отделов коры головного мозга.

V. Действие.

VI. Результат.

VII. Обратная афферентация.

Реализация соответствующей многокомпонентной программы, собственно действие, завершается сличением обратной афферентации и образа результата действия в акцепторе действия.

Очевидно, что поведенческие реакции не станут стереотипизироваться, если при обратной афферентации по завершении поведения не произойдет совпадение полученной информации и прошлого опыта. Контролирующий же степень этого соответствия акцептор действия, что наиболее вероятно для архаических паттернов поведения, основывается на очень сильном наследственном безусловном рефлексе и представляет собой существующий до оформления самого рефлекторного акта комплекс возбуждений, который может быть сравним с обратной афферентацией. Если получаемая информация не соответствует этому заготовленному комплексу возбуждений, то желаемая цель не считается достигнутой и возникает необходимость в дальнейшей эфферентной деятельности. Наиболее вероятным в этом случае представляется возникновение ориентировочной реакции, поискового поведения, что представлено в клинической картине симптомом «охоты».

Хотя роль эмоций не нашла четкого отражения в приведенной схеме, у лиц с парафилиями можно предполагать их нарушение, как изложено выше, на всех стадиях регуляции поведенческого акта. Особо значимой представляется роль лобных долей мозга, при поражении которых в клинической картине очагового поражения наблюдаются сужение диапазона эмоциональных реакций, недифференцированность эмоций.

В целом попытка согласования психологических и нейрофизиологических представлений о регуляции поведенческого акта с учетом полученных при нейропсихологическом исследовании данных представлена в табл. 10.5.

Таблица 10.5. **Схема церебральной регуляции поведенческого акта при аномалиях сексуального влечения**

Этап	Фазы поведенческого акта	Основные механизмы	Структуры мозга
1. Предкриминальная ситуация	Интегративная работа мозга	Нарушения макрофакторов	Нарушения функций передних отделов мозга, левого и правого полушарий, межполушарных и корково-подкорковых взаимоотношений
2.1. Этап формирования ситуативного мотива	Афферентный синтез	Доминирующая патологическая мотивация (биологическая) при дезактуализации социальной	Патология гипоталамуса, дефицитарность лимбической системы
		Нарушения памяти (извлечения и прочности следов)	Расстройства функций гиппокампа и задних отделов височных долей
		Искажение обстановочной и пусковой афферентации (нарушения восприятия и гнозиса)	Нарушение функций миндалины

Этап	Фазы поведенческого акта	Основные механизмы	Структуры мозга
2.2. Этап принятия решения, планирования и прогноза	Принятие решения, акцептор результата действия	Расстройства механизма выбора и прочности следов	Нарушение функций миндалины, правополушарная дисфункция
2.3. Этап реализации и контроля	Эфферентный синтез, действие, результат, обратная афферентация	Нарушения спонтанности и произвольности поведения	Дисфункция лобных долей
3. Посткриминальная ситуация	Акцептор действия	Стереотипизация или поисковое поведение	Правополушарная дисфункция

Таким образом, при анализе церебральных механизмов регуляции аномального сексуального поведения выявляются предиспозиционные факторы, которые, во-первых, могут играть *патогенетическую* роль, обусловливая снижение произвольности регуляции; во-вторых, *патопластическую*, видоизменяя клинические проявления парафилий.

10.3. Клиническая оценка регуляции аномального сексуального поведения

Составляющие клинической картины парафилий позволяют включить парафильное поведение в круг протопатических синдромов. Если учесть, что протопатическая система является филогенетически древней, противостоящей более юной эпикритической, то формирование парафилий представляет собой не что иное, как проявление целостного механизма психического регресса, особенностью которого в этих случаях является своеобразие именно сексуального поведения.

Вместе с тем протопатическая аффективность теснейшим образом связана с самосознанием, будучи представленной в нем переживанием внеличностной тревоги. Последняя рассматривается как основная причина изменений сознания, которые сопровождаются развитием новых самоидентификаций субъекта с вовлечением прежде латентных самоидентификаций, сформированных филоонтогенетически. Болезненное равновесие подобных самоидентификаций субъекта в патологии подвергается фиксации и стабилизации их латентных форм с проекцией их содержания на привычные социально-ролевые идентичности субъекта. С этой точки зрения психопатологические феномены есть результат смешения содержания латентных самоидентификаций субъекта с социально-ролевыми [Дремов С.В., 1998]. Тот факт, что изменения сознания достигаются или сопровождаются аномальными формами именно сексуального поведения, свидетельствует о том, что в данных случаях речь идет об «уязвимости» тех составляющих самосознания, которые служат структурным фундаментом этих поведенческих реализаций, т.е. связанных прежде всего с половозрастными идентичностями. Разотождествление с привычными самоидентификациями происходит по мере перехода с одного уровня на другой, каждому из кото-

рых соответствуют латентные самоидентификации со свойственными им противопоставлениями.

Не случайно и само содержание парафильного поведения, отражающего в первую очередь те структуры сознания и самосознания, формирование которых происходит в определенных возрастных пределах (оппозиции одушевленности, возраста, пола). Незавершенность становления этих структур, их неопределенность и размытость заставляют вновь и вновь обращаться к экспериментированию с ними в парафильных реализациях. Это становится возможным только при условии возврата к тому периоду своего детского сознания, в который та или иная проблема развития самосознания не была разрешена должным образом, т.е. не обыграна в полной мере. Этот регресс к детскому состоянию сознания достигается примерно тем же путем, который используется и при игровом поведении. Дело в том, что структурам поведения соответствуют и структуры сознания, не только создающие качественно своеобразный игровой мир парафильного действа, но прежде всего — его основу в виде особого состояния аффекта и сознания. Если признать, что суть игры составляют сознание условности, отделение себя, играющего, от своего действия, вненаходимость по отношению к нему, тогда как реальные неигровые эмоции, компенсаторное удовлетворение, элементы экстаза и т.д., хотя и могут присутствовать в феноменально наблюдаемой игре, однако являются не феноменами собственно игры, а лишь ее моментами. «Если же они усиливаются и начинают выступать в своем собственном качестве, они разрушают игру, которая прекращается или же превращается в экстатическое действие или что-либо иное» [Берлянд И.Е., 1992]. Именно это происходит в случаях патологической аутистической игры. Тем не менее формальная оболочка с характерными особенностями поведенческой активности и других компонентов игры остается, хотя одновременно преобразуется из феноменов психологических в психопатологические.

Аутистическая игра побуждается стойкими эмоциональными переживаниями, которые сами по себе не развиваются. Такое поведение может оцениваться как чистые стереотипии, возникающие вследствие болезненной инертности психики, т.е. как активность немотивированная. Причем стереотипизируются лишь определенные, а не все компоненты активности. Положительно эмоционально подкрепляются манипуляции, направленные на получение примитивных эффектов, а не опосредованные социальными связями предметные действия.

В целом следует признать верной точку зрения, согласно которой при парафильном поведении первостепенное значение имеют нарушения интенции [де Бовуар С., 1992], проявляющиеся в том, что ее предметом становятся объекты не внешнего мира, а внутренние психические процессы. Дезавтоматизация психической деятельности при этом сопровождается сворачиванием внешней поведенческой активности, подвергающейся регрессу с воспроизведением архаических видовых социогенитальных паттернов и разладом структурно-динамической организации поведения, что выражается в высвобождении высокостереотипизированных, автоматизированных и, следовательно, осуществляемых вне контроля сознания форм смещенной активности, комплекса фиксированных действий и движений намерения.

Диагностическое значение. Оценка психического и сексологического состояния испытуемого аналогично психологическому исследованию складывается из двух частей: оценки его психического и сексологического состояния (т.е. уровня и особенностей онтогенетического развития) в докрими-

нальной ситуации и оценки их взаимодействия с ситуацией в момент правонарушения. Влияние ситуации на поведение в психопатологии обычно оценивается через квалификацию нарушений сознания. Здесь следует упомянуть о проблеме измененных состояний сознания, которые трудно квалифицировать как психопатологические феномены [Носов Н.А., 1994, и др.], однако постановка вопроса об их влиянии на регуляцию поведения представляется правомерной в рамках судебной комплексной сексолого-психологической экспертизы (особенно с учетом того факта, что, например, состояние переживания оргазма может сопровождаться изменением сознания), что, однако, должно являться предметом отдельного исследования. В этом разделе представляется необходимым остановиться на менее изученном аспекте клинической диагностики — оценке нарушений самосознания и поведения в ситуации конкретного деяния.

10.3.1. Структурно-динамический регресс поведения (синхронический аспект)

Экспертная оценка правонарушения должна предусматривать анализ поведения и прежде всего его формальных характеристик. Психиатрия не обладает языком для такого описания, что вынуждает обратиться к этологическим понятиям, поскольку только в рамках этологии существует подход к поведению как целостному явлению.

J. Bateson (1972) писал, что «когда человек не в состоянии расшифровать и комментировать сообщения других людей, он похож на саморегулирующуюся систему, лишившуюся своего регуляторного устройства, он обречен двигаться по спирали, совершая постоянные и всегда систематические искажения». Формой выражения этих искажений в условиях внутреннего конфликта и представляется агонистическое поведение. Под ним понимают любое поведение, связанное с конфликтами. Анализ этого вида поведения представляет особый интерес для клиницистов, так как внутрипсихический конфликт характерен для расстройств половой идентичности, являющихся базисными для развития парафилий. К видам агонистического поведения относятся комплекс фиксированных действий, движения намерения и смещенная активность.

Комплексы фиксированных (стереотипных) движений. Клишированность поведения (см. главу 5) у лиц с парафилиями позволяет говорить о приближении его по структуре к КФД, особенно четко это удается проследить на примере некоторых серийных сексуальных преступников. В этих случаях связь сексуального поведения с личностью преступника проблематична, поэтому для клинициста-эксперта представляется значимым вопрос об автономности такого поведения.

D. Bindra (1959) считает, что автономия стереотипий наблюдается только при следующих условиях:

1) те или иные раздражители, связанные с данной реакцией, могут стать замещающими сигналами, способными вызвать реакцию в отсутствие факторов, вызывавших ее первоначально;

2) по мере выполнения реакции ее начинает вызывать все меньшее число первоначальных сигналов, т.е. каждый отдельный сигнал становится эффективным;

3) само выполнение реакции приобретает значение подкрепления.

Автор подчеркивает, что в норме: а) каждое движение или активность создает ситуацию, вызывающую следующее движение или активность; б) если имеются причинные факторы, общие для разных реакций, то оче-

редные действия требуют более высокой интенсивности вызывающих ее факторов, чем предыдущей, и если интенсивность не повышается, то вновь появляются ранние фазы последовательности реакции.

Из вышеизложенного следуют выводы: 1) по мере реализации (повторения) паттернов аномального сексуального поведения будет все больше утрачиваться психологически понятная связь с первично вызвавшей этот паттерн ситуацией; 2) должно соблюдаться повышение интенсивности воздействующих факторов (клинический пример — «рискующее поведение»; реакция испуга у жертв эксгибиционистов и части садистов) — в противном случае поведение прерывается.

Ю.С. Шевченко (1996) отмечает, что, «будучи жизненно необходимыми формами видоспецифического поведения, рассматриваемые КФД закрепляются в филогенезе интенсивным эмоционально положительным фоном, возникающим при их осуществлении. Последнее служит основой для включения их в социально-видовое поведение (гетерогрумминг как проявление заботы о потомстве или выражение социальных эмоций по отношению к взрослому сородичу, половому партнеру), а также в индивидуально-специфическое адаптивное поведение (уменьшение боли, страха, ослабление эмоционального стресса за счет получения удовольствия или достижения гипноидного состояния в результате... стимуляции половых органов)».

В литературе существует термин «driving behavior» — «вынуждающие формы поведения» [Aquili E., Laughlin C., McManus J., 1979], которым обозначаются поведенческие методы воздействия на состояния сознания, функции которых — «настраивать» ЦНС и снимать накопившиеся раздражения. Они создают чувство облегчения и благополучия, вызывают состояния экстаза, «пьянящий восторг риска», чувство единства, целостности. Подобные же состояния описываются лицами с аномальным сексуальным поведением после совершения деликта. Во многих случаях речь идет даже не о выраженных подобных состояниях, а о нормализации аффективного фона, что дало возможность А.А. Ткаченко (1994) говорить о функции такого поведения — эмоциональной саморегуляции.

Смещенная активность клинически проявляется незавершенностью (в том числе отсутствием эрекции и эякуляции), символизмом, импульсивностью, переадресованной активностью (случайный выбор жертвы, впервые — половые акты с детьми или гомосексуальные), регрессией (типично педофильные действия).

Смещенная активность — это поведение, не связанное ни с одной из конфликтных тенденций, чаще представляющее собой наиболее легко вызываемые и наиболее легко выполняемые поведенческие акты [Hinde R., 1977]. Поскольку наиболее легко вызываемыми и легко выполняемыми для любого организма служит прежде всего поисковая (ориентировочная), а также пищевая и половая активность, чаще всего смещенная активность внешне может проявляться в формах такого поведения. В связи с тем что регуляция полового поведения в своей основе не отличается от регуляции пищевого поведения [Toates L., 1980], то представляется весьма вероятной их обусловленность сходными мотивационными состояниями и конфликтами.

К разновидностям смещенной активности относятся: а) переадресованная активность, когда действие направляется на другой, первоначально не подразумевавшийся объект; б) регрессия, когда при возникновении препятствия для взрослого поведения развивается ювенильная активность.

По мнению А.Н. Корнетова, В.П. Самохвалова и др. (1990), о смещенной активности можно говорить тогда, когда наблюдается усиление проявления отдельных элементов поведения (или не в том контексте), или появление необычных для вида элементов поведения. Если же отмечается замещение поведенческой сферы органа, выполняющего функцию, и объекта, на который направлено действие, то нужно говорить о замещающей активности.

При смещенной активности повышение уровня мотивационного возбуждения до экстремальных значений способно радикально изменить характер целенаправленного поведения вследствие нарушения процессов прогнозирования и эмоциональной оценки этапных и конечных результатов деятельности (эмоциональная «сверхоценка» этапных результатов инструментальной деятельности) [Судаков К.В. и др., 1990]. Подобный механизм, безусловно, не может не отражаться на возможности произвольной регуляции поведения.

Движения намерения. Под движениями намерения понимаются начальные стадии комплексов поведения, которые остаются незавершенными. Поведение, которое состоит из отдельных компонентов конфликтующих тенденций, называется компромиссным, а смешение элементов конфликтных тенденций в позе образует амбивалентную позу.

Представляется, что этот тип поведения лежит в основе амбитендентности. Другой феномен этого круга — навязчивый характер аномального сексуального влечения.

Ригидность и низкий полиморфизм поведения, очевидно, обусловлены механизмом, аналогичным КФД [Hinde R., 1975], выраженный полиморфизм поведения представляет собой параллельное и последовательное сочетание «движений намерения», которые, являясь формой смещенной активности, могут обусловливаться аутохтонно, отражая мотивационный конфликт, в виде «компромиссного поведения» [Andrew R., 1956] либо по механизму «разделения времени» между доминантной и субдоминантной активностью [McFarland D., 1988].

Необходимо подчеркнуть, что КФД, движения намерения и смещенная активность — формы динамики поведения, которые в реальности не исключают, а дополняют друг друга. Так, внутренняя организация фрагмента поведения может соответствовать КФД, по отношению же к контексту (основному поведению) этот фрагмент может быть организован как смещенная активность.

Таким образом, для парафилий и части псевдопарафильных синдромов характерны фиксированные формы аномального сексуального поведения, отличительными чертами которых являются следующие особенности [Залевский Г.С., 1985]: а) они детерминируются, главным образом, внутренним состоянием; б) фиксироваться могут не только врожденные, но и приобретенные в индивидуальном опыте формы поведения; в) в норме они являются компонентами обычного поведения, становятся патологическими либо под действием чрезвычайно сильных раздражителей, либо в случаях генетически детерминированного чрезвычайно низкого их порога.

Итак, приближение аномального сексуального поведения по структуре к комплексу фиксированных действий, смещенной активности и движениям намерения означает снижение его осознанности.

Все вышеуказанные факторы и анализируемые клинические феномены, условно разделенные, как и ранее, на когнитивные, аффективные и поведенческие, с учетом их предполагаемого значения, суммированы в табл. 10.6.

Таблица 10.6. **Критерии психопатологической оценки аномального поведения**

Составляющие	Феномен	Критерии	Значение
Поведенческий	Структурно-динамический регресс поведения	КФД Смещенная активность Движения намерения	Уменьшение степени осознанности поведения
Аффективный	Импрессия	Нарушение эмоционального гнозиса, эмпатии	Эмоции жертвы не влияют на поведение
	Субъективный компонент	Нарушение распознавания собственных эмоций, амбивалентность или протопатические эмоции	Искажение влияния собственных эмоций на поведение
	Экспрессия	Алекситимия несоответствие мимики, поз и жестикуляции	Жертва не распознает эмоции субъекта или распознает неправильно
	Отношение к аномальному влечению	Эгодистония/синтония	Критичность к аномальному поведению
Когнитивный	Диссоциативность	Характер влечения (различные варианты осознавания мотива, программы, цели), отчуждение различных сфер психики	Искажение рефлексии
	Осознанность идентификации	Субъективные ощущения	Интеграция психического и физического «Я»
	Обмен ролями	Сходство объекта и субъекта действия	Неразделенность своих и чужих психических процессов
	Деперсонификация	Отсутствие лиц в фантазиях и амнезия на лица жертв; случайный выбор жертв	«Уничтожение» психического «Я» жертвы
	Фетишизация	Выбор жертвы по внешним признакам	Осознание релизеров и сверхценность
	Пространственно-временные нарушения	Утрата отличия фантазии от реальности, между прошлым, настоящим и будущим	Ограничение способности прогнозирования и избирательного использования прошлого опыта
Онтогенетический аспект	Асинхронии психического и соматического развития	Искажения развития самосознания (инфантилизм, аутистические расстройства) и флюктуации сознания	Нарушения последовательности и темпов становления психического и физического «Я»

10.3.2 Аномальные механизмы поведения

Диагностическое значение сексологических нарушений заключается в том, что, во-первых, они отражают содержание конкретного поведения; во-вторых, они указывают на аномальные механизмы (регрессия, фиксация) в приложении их к рассмотрению объекта сексуального влечения и активности. Таким образом, с одной стороны, они дополняют психопато-

логическую диагностику, с другой — могут служить критерием верификации.

При этом показатели шкалы половой идентичности отражают глубину нарушений самосознания, а шкала сексуального дизонтогенеза позволяет оценить выраженность нарушений развития, корреляцию между психо- и соматосексуальным развитием, что особенно важно при дисгармоническом инфантилизме, когда отставание собственно психического развития может не давать оснований для ограничения вменяемости.

Для удобства клинического анализа сексологические феномены, описанные в главе 5, сведены в табл. 10.7.

Таблица 10.7. **Критерии оценки сексологических нарушений**

Составляющие	Феномен	Критерии	Значение
Поведенческий	Символические сексуальные действия	Лишение признаков жизни, признаков пола, признаков возраста	Деперсонификация, ликвидация дихотомий
	Полоролевые нарушения	Сексуальные действия в группе	Имитационное поведение
	Необычная сексуальная активность	Разглядывание и ощупывание, обнажение половых органов и т.п.	Регрессия
Аффективный	Отношение к объекту	Амбивалентное или негативное	Искажение влияния эмоций на сексуальное поведение
	Отношение к себе как к представителю определенного пола	Отношение к проявлениям собственного биологического пола	
	Отношение к нормативной сексуальной активности	Отсутствие удовлетворения в нормативных сексуальных контактах	
Когнитивный	Выбор объекта	Случайный выбор, половозрастное нивелирование	Деперсонификация
		Фетишизация, выбор по внешним признакам	Фиксация
		По сходству с собой	Аутоэротизм
	Выбор активности	Предпочтение оральных, анальных контактов, дистантной активности и др.	Деперсонификация
Онтогенетический аспект	Психосексуальное развитие «Я»	Шкала половой идентичности	Последовательность становления психического и физического «Я» в половом аспекте
	Психо- и соматосексуальное развитие	Шкала сексуального дизонтогенеза	Последовательность и корреляции между психо- и соматосексуальным развитием

Регулятивный аспект. Вышеприведенные таблицы отражают связь диагностических и патогенетических аспектов аномального сексуального поведения. Однако возможна интерпретация такой связи в рамках концепции «аномальных механизмов» как факторов регуляции поведения.

К. Ясперс (1997) выделял следующие а н о м а л ь н ы е м е х а н и з м ы: 1) количественный — «когда количество, продолжительность и интенсивность явлений переходят грани обычного»; 2) фиксацию; 3) регрессию; 4) расщепление. К проявлению первого механизма, *количественного*, можно причислить гиперлибидемию — патологическое усиление сексуального влечения, что нельзя не учитывать как фактор, ограничивающий возможности волевой регуляции. Однако с точки зрения судебной сексологии и психиатрии большее значение имеют три других.

Фиксация. Действие этого механизма выражается в ограничении выбора объекта и активности. Фиксация на определенном виде активности обозначается как стереотипность поведения. Возможным механизмом такой фиксации может являться импринтинг. Основные черты импринтинга определяются как предрасположение индивида к определенному мотивационному научению, так и существование унаследованной реакции на заучиваемую стимуляцию. Половое импринтирование, ограниченное определенным чувствительным периодом предположительно раннего онтогенеза и проявляющееся по достижении половой зрелости, обусловливается единством раннего личного опыта с соответствующим предрасположением, причем процесс обучения лишь ограничивает предсуществующее предпочтение [Хорн Г., 1988], выбирая среди конкурентных раздражителей наиболее приемлемый. По-видимому, асинхронии развития, лежащие в основе парафилий и расстройств половой идентичности, приводят, в частности, к искажению и временному сдвигу периодов чувствительности (критических периодов) к импринтингу.

Хотя указанный феномен остается недоказанным у человека, на примерах парафильного поведения можно привести веские доказательства о его существовании. Например, пациенты с трансвестизмом всегда хорошо помнят и описывают первый эпизод переодевания, сопровождавшийся специфическими интенсивными эмоциональными переживаниями (не только сексуальным возбуждением, но и психологическим удовлетворением при трансвестизме двойной роли). В анамнезе некоторых больных с эксгибиционизмом также удалось выявить эпизод, когда они видели акт обнажения другого лица со стороны, который четко зафиксировался в воспоминаниях с двойной эмоциональной окраской — страха и интереса. Можно говорить и об импринтировании, скажем, окружающей обстановки. Феномен «якорения», когда один достаточно простой стимул (например, прикосновение), вызывающий в памяти целый паттерн ощущений и переживаний, наблюдавшихся в момент воздействия этого стимула, используется в психотерапии — гештальттерапии, нейролингвистическом программировании; вербальные якоря — в психоанализе, мышечные — в телесно-ориентированной психотерапии. С. Гроф (1994) называет аналогичное явление «системой конденсированного опыта». В этих случаях речь, конечно, не идет об импринтинге в прямом смысле этого термина, однако сходство механизмов отрицать нельзя. По-видимому, некоторые формы фиксированного поведения, в том числе и парафильного, возникают именно по такому механизму.

Регрессия. Действие этого механизма, с точки зрения психоанализа, проявляется в феномене вторичного нарциссизма (в современных понятиях выбора объекта: в психопатологическом плане — в обмене ролями и идентификации с объектом, в сексологическом плане — в аутоэротизме).

Нормальное психосексуальное развитие личности движется по траектории субъект (например, ребенок) — внешний образец для подражания (обычно один из родителей) — модифицированный субъект. При нарциссическом типе развития роль внешнего образца для подражания играет сам же субъект и траектория приобретает форму: субъект — идеальный субъект — модифицированный субъект. М. Кляйн связывала тип подобного развития с неудачей, пережитой субъектом при попытке идентифицировать себя с «внешним» объектом/субъектом [Klein M., 1991]. Нетрудно понять, что именно такая неудача является типичной для детей с аутистическими образованиями. Регрессия к нарциссизму означает попытку повторения той стадии младенчества, когда ребенок еще не испытал своей отдельности и отделенности от источника тепла и пищи, той стадии, на которой границы между субъектом и объектом еще не существовало [Frosh S., 1991]. По-видимому, не случайно T. Gratzer и J. Bradford (1995) говорят о частой встречаемости нарциссического расстройства личности у сексуальных садистов.

Другое проявление регрессии — выбор объекта. Онтогенетическая регрессия проявляется в выборе по полу и возрасту. Характеризуя специфику становления общения у детей с аутизмом, В.Е. Каган (1981) говорит о задержке наступления этапов и парциальности, незавершенности каждого из них при переходе к следующему, однако последовательность, характерная для нормальных детей, сохраняется. Такими этапами (по объекту) являются аутизм, симбиоз с матерью, взрослые, старшие, младшие и сверстники. Принимая во внимание коммуникативную сущность сексуального контакта, нетрудно заметить, что выбор объекта сексуального влечения по различным причинам может осуществляться на любом из этих этапов — аутоэротический, гомосексуальный, геронтофильный, педофильный. Вследствие незавершенности этапов возможно как бы «осколочное» их сочетание. Самым труднодостижимым, требующим прохождения всех этапов, является нормативный.

Проявлением филогенетической регрессии выбора объекта представляется выбор по внешним признакам. Регресс восприятия объекта до уровня релизеров означает снижение уровня произвольной регуляции поведения.

Можно представить последовательность процесса, который обозначен как деперсонификация объекта (в приложении к субъекту его правильно было бы обозначить как дезидентификация) в виде определенной схемы. Первым этапом является случайный выбор объекта (жертвы), о котором субъект ничего не знает, что сводит к минимуму личностность коммуникации. Второй этап — половозрастное нивелирование, когда уже даже биологические, внешние признаки дезактуализируются. Третий этап — омертвление объекта, лишение признаков жизни, превращение в предмет. На четвертом этапе происходит фетишизация, когда актуальными становятся лишь внешние, отдельные, взятые сами по себе признаки объекта. На последнем этапе происходит замещение фетиша символом, знаком (схема 10.3). Процесс деперсонификации может начаться с любого этапа, однако его направленность остается неизменной.

Различают также онто- и филогенетический регресс активности. При онтогенетическом регрессе происходит возврат к паттернам поведения ранних стадий развития, наиболее ярким примером является типично педофильное поведение — разглядывание и ощупывание половых органов. Другим примером может быть имитационное поведение.

Филогенетический регресс поведения выражается в воспроизведении архаических паттернов, самым распространенным из которых является социогенитальный (обнажение и демонстрация половых органов). Согласно

Схема 10.3

Регресс выбора объекта

A. Storch (1956) вся психопатология есть не что иное, как фиксированное архаическое поведение. С этих позиций само по себе содержание парафильного поведения, представляющееся иногда столь причудливым, уже не кажется неожиданным, а является закономерным отражением такого типа регресса психосексуальности.

Если рассмотреть динамику изменения активности у лиц с парафилиями, то удается проследить ее подчинение определенным закономерностям. Первичным феноменом здесь представляется hunting («охота»). Этот вид поведения по сути является поисковой, ориентировочной активностью, когда потребность еще не опредмечена. Второй этап — амбитендентность, движения намерения. Он может занимать секунды или растягиваться во времени, феноменологически оформляясь в обсессивно-компульсивный характер аномального сексуального влечения. Третий этап — смещенная активность, организованная внутри как КФД, содержательно он проявляется либо в деструктивных действиях, либо в сексуальных манипуляциях с объектом (схема 10.4).

Смысл вышеприведенных схем для регуляции заключается в наглядности представления механизма динамики: чем ближе к центру круга расположен феномен, тем больше нарушаются механизмы регуляции. Следует подчеркнуть, что подобную динамику или чаще ее часть иногда удается проследить в ходе протекания даже одного парафильного акта. В этом случае логичной представляется постановка вопроса о разной степени нарушения регуляции на разных его этапах.

По мере перехода от онтогенетически значимого к филогенетически активируемому происходит утеря дифференциации переживаний с их сменой на внеличностные, архаичные и потому безотчетные и непроизвольные аффекты. Последние при этом могут совершенно не соответствовать осознаваемым побуждениям и потому восприниматься как абсолютно чуждые, насильственные образования. В целом нетрудно усмотреть близость этой аргументации и терминологии с теорией Джексона о диссолюции как нару-

Схема 10.4

Регресс активности

Активность

Hunting – поведение

Амбитендентность

Смещенная активность — КФД

Символизация

Деструкция — Сексуальные манипуляции

шении дифференцировки с нисхождением к более примитивным психическим структурам и их расторможением, вырастающим до гиперфункции.

В.П. Самохвалов (1994) считает, что имеется соответствие этологических механизмов механизмам психического дизонтогенеза, выделенным В.В. Ковалевым (1979). Так, понятие «задержки» соответствует понятию ослабления вследствие неразвитости в онтогенезе конкретных форм поведения; механизм регресса прямо совпадает с одноименным этологическим понятием; для асинхронии развития характерны переадресация и смещение. В этом плане смена объекта сексуального поведения может рассматриваться как переадресация. Фиксация смещения, наблюдаемая в психопатологии, выражается в виде сверхценных и навязчивых идей и стереотипий. Чем интенсивнее фактор смещения, тем глубже регресс, а регрессивное поведение всегда менее видоспецифично, чем предваряющее его. Таким образом, на определенном уровне регрессии роль личности и сознания индивида в регуляции поведения минимальна, оно подчиняется общебиологическим, видовым закономерностям.

Расщепление (диссоциация). К. Ясперс (1997) писал, что во всех случаях аномальны такие явления, как недоступность содержания психики сознанию, интеграции в личностный контекст, и считал понятие «расщепления» одним из фундаментальных в психопатологии. П. Жанэ указывал, что недостаток напряжения приводит к диссоциации иерархии действий, к вычленению и изоляции определенного звена, которое образует миниатюрную психологическую систему, изолированную от связанной в целое психологической жизни личности и функционирующую на более низком уровне напряжения. В центре такой системы находится фиксированная идея, т.е. комплекс представлений, эмоциональных состояний, остаточных воспоминаний и реакций личности. З. Фрейд утверждал, что «расщепление сознания, которое так поражает в хорошо известных классических случаях в форме "двойственного сознания", присутствует в зачаточном виде в любом случае истерии, и эта тенденция к диссоциации, а вместе с ней и возникно-

вение необычных состояний сознания (которые мы соберем под общим названием «гипноз»), лежат в основе неврозов... все эти гипнотические состояния и сам гипноз имеют нечто общее между собой, как бы сильно они не различались в других отношениях; общее состоит в том, что идеи, возникающие в этих состояниях, очень интенсивны, но отрезаны от ассоциативной коммуникации с другим содержимым сознания» [Фрейд З., Брейер Д., 1996].

Гипноз может рассматриваться, с одной стороны, как примитивная (в филогенетическом плане) реакция организмов различных классов, отрядов и видов, включая человека, на некоторое значимое воздействие [Meareas A., 1961], с другой, — как экзогенно обусловленная интрапсихическая реакция организма на экзо- или эндогенный сигнал, причем такой, который обладает способностью сдвигать сознание субъекта в определенном направлении [Spiegel H., 1974]. Цикл бодрствование—сон представляет собой некоторый континуум функциональных состояний, в пределах которого сосуществуют различные состояния сознания, обеспечивающие человеку возможность оптимального приема и переработки поступающей информации, а также последующей ответной реакции. Эти состояния характеризуются разнообразными уровнями внимания, активации, мотивации, восприятия и т.п. Определенную поддержку данному утверждению можно найти в литературе, где гипноз рассматривается как базовый статус организма в состоянии частичной сенсорной депривации (например, в условиях длительной изоляции). К особенностям гипнотического состояния относится также и отсутствие вероятностного прогноза, эмоциональной реакции или оценки независимо от прошлого опыта, невозможности рассогласования между актуальным впечатлением и ожидаемым событием [Benettj E., Winder J., 1977], что свойственно функциональным особенностям «правополушарного» компонента мышления [Ornstein R., 1972]. Таким образом, многие особенности регуляции гипнотических состояний схожи с парафильными.

С другой стороны, в психиатрии существует и концепция множественных личностей, которые в разные периоды времени или в разных ситуациях проявляют себя в поведении индивида, не вступая в противоречия друг с другом, благодаря чему внутрипсихический конфликт ликвидируется. В этом плане актуально и предположение J. Money (1994) о множественной личности у больных с парафилиями. Однако диагностика подобных расстройств в психопатологическом плане остается малоразработанной, а роль в регуляции поведения — недооцененной.

Таким образом, аномальные механизмы отражают характер взаимодействия между различными сферами психики, в частности между составляющими самосознания, влияют на различные уровни регуляции. Попытка анализа клинических феноменов, отражающих различные аномальные механизмы на этапах поведенческого акта, и их значение для регуляции представлены в табл. 10.8.

Понятны трудности четкого разграничения по предлагаемым этапам психологической регуляции психопатологических и сексологических феноменов. Однако особые замечания следует сделать по поводу посткриминальной ситуации. Не следует смешивать эгодистоническое (эгосинтоническое) отношение к аномальному сексуальному влечению с отношением к данному конкретному деянию. В то же время состояние эйфории, приподнятости после правонарушения указывает на глубокие нарушения эмоциональной составляющей самосознания. Одним из диагностических критериев диссоциативных расстройств может являться феномен смены состояния растерянности, недоумения или раскаяния по поводу совершенного сразу после преступления на ощущение уверенности в своей правоте или предоп-

Таблица 10.8. **Соотношение этапов поведения и ведущих клинических нарушений, имеющих значение для механизмов регуляции**

Этап	Клинические признаки		Значение клинических признаков для оценки регуляции
	психопатологические	сексологические	
1. Предкриминальная ситуация (онтогенетический аспект)	Искажения самосознания и флюктуации сознания	Сексуальный дизонтогенез и нарушения половой идентичности	Уязвимость всех уровней регуляции и их зависимость от текущего состояния
2.1. Формирование ситуативного мотива	Расстройства когнитивной (диссоциативные расстройства, деперсонификация, фетишизация, пространственно-временные нарушения) и аффективной (отношение к влечению, нарушения распознавания собственных эмоций) составляющих	Нарушения когнитивной составляющей сексуальности	Нарушения волевой регуляции за счет механизмов фиксации и регрессии (выбор объекта и активности), расщепления (диссоциация между когнитивной и эмоциональной составляющими)
2.2. Принятие решения, планирование и прогноз	Нарушения когнитивной (диссоциативные расстройства, характер влечения, деперсонификация, пространственно-временные нарушения) и аффективной (нарушения эмоционального гнозиса) составляющих	Нарушения аффективной составляющей сексуальности	Нарушения смысловой регуляции за счет механизма расщепления (диссоциация между когнитивной и эмоциональной составляющими)
2.3. Реализация и контроль	Искажения аффективной (нарушения эмоционального гнозиса) и поведенческой (структурно-динамический регресс) составляющих	Нарушения поведенческой составляющей сексуальности	Нарушения произвольной регуляции за счет механизмов фиксации и регрессии поведения, расщепления (диссоциация между аффективной и поведенческой составляющими)
3. Посткриминальная ситуация	Отношение к правонарушению и поведение после него	Достижение сексуального или эмоционального удовлетворения	Снижение уровней регуляции в ситуации правонарушения

ределенности происшедшего через несколько часов после него. Достижение сексуального удовлетворения (оргазма и эякуляции) свидетельствует лишь о степени вовлеченности либидо в процесс регуляции аномального сексуального поведения, что должно направлять внимание эксперта и в плане диагностики гиперлибидемии. Как уже указывалось в главе 4, появление релаксирующего, а не эротизирующего эффекта после аномального поведения свидетельствует о вовлечении в процесс эмоциональной саморегуляции более ранних онтогенетических образований самосознания и, следовательно, большей тяжести расстройств.

10.3.3. Комплексная экспертная оценка нарушений половой идентичности и психосексуальных ориентаций

Первым этапом экспертной оценки представляется установление юридического критерия по ***волевому признаку***, что обусловлено оценкой характера влечения. В отношении серийных сексуальных преступников отмечается, что «рамки свободы выбора своего поведения у них существенно сужены, отсюда и низкие возможности управлять им» [Антонян Ю.М., Верещагин В.А., Потапов С.А., Шостакович Б.В., 1997].

Установление *характера аномального сексуального влечения* (навязчивый, обсессивно-компульсивный, импульсивный), *отношения к аномальному сексуальному влечению* (эгосинтония/эгодистония) целесообразно отнести к компетенции психиатра. Следует учитывать, что даже преимущественно навязчивый характер влечения является аргументом в пользу ограниченной вменяемости, поскольку сужает выбор поведения. Квалификация компульсивного или импульсивного характера влечения скорее всего свидетельствует о полной невменяемости. Патопсихологическое заключение при этом, кроме ответов на собственные вопросы, может помочь правильно диагностировать характер влечения.

Оценка *структурно-динамического регресса поведения*, которое хотя и не является специфически сексологическим нарушением, тем не менее в клиническом плане, как показано выше, в настоящее время достаточно подробно разработана только в отношении аномального сексуального поведения, поэтому квалификация подобных нарушений в рамках сексологической экспертизы, позволяя уточнить вопрос снижения произвольности регуляции, остается прерогативой сексолога.

Другим состоянием, ограничивающим вменяемость в плане волевого критерия, может являться *гиперлибидемия*.

Следующим шагом представляется установление ***интеллектуального признака*** юридического критерия. Невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий связана в первую очередь с когнитивной сферой и соответствующим компонентом половой идентичности. Конкретно речь идет о диссоциативных феноменах, а также искажении усвоенных полоролевых эталонов (при эксгибиционизме). Роль сексолога при этом сводится не только к диагностике аномалии сексуального влечения, но и попытке клинического выявления искажения полоролевых эталонов и глубины нарушений половой идентичности, что должно быть подтверждено данными направленного психологического исследования. Другим критерием применения ограниченной вменяемости может быть выраженность проявлений психического инфантилизма [Гурьева В.А., Дозорцева Е.Г., 1996]. При последнем сексолог устанавливает степень задержки или дисгармонии сексуального развития с целью уточнения проявлений инфантилизма в собственно сексуальной сфере.

Отсутствие ***эмоционального критерия*** в судебной психиатрии оправдывалось несколькими соображениями. Во-первых, считалось, что эмоциональные нарушения всегда сопровождаются волевыми и/или интеллектуальными и могут оцениваться по последним в той степени, насколько это необходимо для решения вопроса о невменяемости [Михеев Р.И., 1983]. Во-вторых, широтой понятия эмоциональности, которое может включать и вспышку аффекта, и длительные состояния измененной аффективности, и высшие моральные чувства. В третьих, трудностью формулирования подобного критерия в смысле законодательной техники из-за невозможности придать ему стиль альтернативного указания, отграничивающего область

Схема 10.5

Модель комплексного экспертного взаимодействия при оценке произвольности поведения

Клиническое психологическое Выявление структуры нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности с выделением патопсихологических комплексов, обладающих дифференциально-диагностической информативностью	**Психиатрическое** Выявление и квалификация психопатологических расстройств, оценка самоотношения (дистония-синтония) и клинического варианта (компульсия-импульсия) парафильного влечения и ретроспективная оценка психического состояния на момент юридически значимого события	**Сопоставление** нозологических форм и синдромальных образований с медицинским критерием невменяемости (ограниченной вменяемости)
Экспертное психологическое Определение глубины нарушений психических процессов и функций, участвующих в регуляции поведения в юридически значимых ситуациях	**Определение меры** актуальной возможности реализации психических процессов и функций, участвующих в регуляции поведения на всех этапах развития конкретной криминальной ситуации	**Оценка степени произвольности поведения**
Направленное психологическое Выявление особенностей самосознания (половая дентичность, интериоризация половой роли), восприятия полоролевых стереотипов и объекта влечения, эмоционального межличностного восприятия и стратегий межполового взаимодействия	**Сексологическое** Дизонтогенетический анализ психосексуального развития, квалификации особенностей сексуальных предпочтений (объекта и способа эротической активности)	**Установление** причинно-следственных связей между аномальным поведением и девиациями сексуальности со структурно-динамическим анализом поведения в конкретной криминальной ситуации

невменяемости от области вменяемости [Трахтеров В.С., 1947]. В четвертых, различием в индивидуальных эмоциональных реакциях, которое, по словам Э. Блейлера (1929), так велико, что «у нас, собственно, нет никакого критерия для определения того, что нормально и что болезненно» и «по понятиям немецкого права даже полное отсутствие нравственного чувства (т.е. эмоциональной окраски нравственных понятий) не считается патологическим явлением».

Однако именно при нарушениях половой идентичности наблюдается ряд феноменов, таких как снижение эмпатии, амбивалентное отношение к

женщинам, возникновение эмоций-микстов, которые играют важную роль в психосексуальном развитии, усвоении полоролевых стереотипов и которые, что существенно, могут быть выявлены и при психологическом исследовании. Подобные нарушения эмоциональной составляющей половой идентичности могут играть роль факторов, ограничивающих вменяемость.

Общий алгоритм комплексного экспертного исследования представлен на схеме 10.5.

В случае квалификации импульсивного или компульсивного характера аномального сексуального влечения, а также установления прямой причинно-следственной связи между выбором объекта и активности при достаточных критериях аномалии сексуального влечения (парафилии) по МКБ-10, можно говорить о том, что выявляемая у испытуемого парафилия ***определяла*** его поведение в ситуации правонарушения (невменяемость)

В случае установления обсессивного характера аномального сексуального влечения, гиперлибидемии или диагностики инфантилизма с нарушениями психосексуального развития (при этом характер сексуального дизонтогенеза и его выраженность оцениваются сексологом) и выявления искажения произвольности регуляции, можно говорить о том, что выявляемые у испытуемого нарушения сексуальной сферы ***оказывали существенное влияние*** на его поведение в момент правонарушения (не мог в полной мере отдавать себе отчет и руководить своими действиями).

Несмотря на то что констатация состояния психоза на момент правонарушения или выраженных изменений личности является компетенцией психиатра, квалификация сексологом нарушения или искажения половой идентичности, а также различных вариантов сексуального дизонтогенеза, повлиявших на выбор объекта или активности при правонарушении, можно говорить о том, что выявленные у испытуемого особенности сексуальной сферы ***нашли отражение*** в его поведении в ситуации инкриминируемого ему деяния.

В случае, когда какая-либо связь между поведением в ситуации правонарушения и выявляемых у испытуемого нарушений половой идентичности и сексуального дизонтогенеза не может быть установлена, допустима формулировка, что выявляемые у испытуемого особенности сексуальной сферы ***относятся к индивидуальным особенностям развития.***

Итак, решением суда Р. был направлен на повторную, теперь уже комплексную сексолого-психолого-психиатрическую экспертизу в Центр. На разрешение экспертов были поставлены следующие вопросы: «Страдал ли Р. каким-либо психическим заболеванием, если да, то каким именно?», «Лишало ли имеющееся у Р. заболевание способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в момент совершения инкриминируемого деяния?», «Способен ли в настоящее время Р. предстать перед судом, осознавать фактический характер своих действий и руководить ими?», «Каков психологический портрет Р.?», «Каково ролевое поведение и степень коммуникабельности Р. в кругу своего и противоположного пола?», «Страдает ли Р. какими-либо комплексами в своем психическом развитии?», «Каков интеллектуальный уровень развития Р.?», «Какова у Р. шкала агрессивности и склонность к насилию?», «Какова сексуальная ориентация и степень развития Р.?», «Имеются ли у Р. сексуальные отклонения и какие?», «Какое у Р. ролевое поведение в сексуальных отношениях?», «Способен ли Р. к совершению насильственного полового акта?», «Заканчивались ли насильственные действия Р. удовлетворением от процесса прикосновения и попыток раздевания потерпевших?».

Уже первичный анализ обнаружил, что предшествующими исследованиями был проигнорирован ряд имевшихся в распоряжении экспертов фактов, которые совершенно определенно указывали на своеобразие данного аномального сексуального

поведения. Описание поведения Р. как в прошлом, так и в момент инкриминируемого ему деяния, содержавшееся в прежнем акте экспертизы, показаниях свидетелей и потерпевших, позволило уже на начальном этапе исследования по-новому представить особенности поведенческой активности испытуемого.

Первое нападение (13.06.91 г.). Около 24 ч зашел за девушкой в подъезд, зажал ей рот рукой, предложил вступить в половую близость. На ее крики о помощи прибежал жилец, после чего нападавший скрылся.

Второе нападение (18.06.91 г.). Напал в подъезде на девушку, стал срывать с нее одежду. На крики потерпевшей прибежали соседи, которые стали его стыдить. Пытался вытащить сопротивляющуюся девушку из подъезда даже тогда, когда прибежавшие соседи стали оттаскивать ее от него.

Третье нападение (20.06.91 г.). Напал на девушку, угрожая ножом, предложил совершить половой акт. Вырвавшись, девушка стала стучать в двери квартир, кричать. Несмотря на это, испытуемый схватил ее, повалил на пол и пытался изнасиловать, но ему помешали жильцы дома.

Четвертое нападение (17.12.96 г.). Увидел девушку, зашел за ней в лифт, остановил его, приблизился к девушке и молча стал ее раздевать. Когда она пришла в себя от неожиданности, то стала кричать и звать на помощь родителей, подэкспертный угрожал ей убийством, ударил несколько раз, продолжая свои попытки. На ее предложение пойти к ней домой ответил, что будет совершать с ней половой акт только в лифте, несмотря ни на что. Ему удалось оголить ей нижнюю часть тела, при этом он пытался снять с нее свитер и бюстгальтер, после чего стал раздеваться сам. Воспользовавшись этим, Ш. успела надеть брюки, нажать на кнопку «Вызов» и сообщить о нападении. По ее показаниям, мужчина снова предпринял попытки с раздеванием, которые Ш. удалось остановить своим показным согласием на половой акт. Потерпевшая уточняла, что неоднократно нападавший начинал раздеваться, тогда ей удавалось повторно нажимать на кнопку «Вызов». Мужчина, не реагируя на это, продолжал свои действия. Не остановился он и тогда, когда послышались на первом этаже голоса людей, пытающихся выяснить, на каком этаже стоит лифт. Слыша эти голоса, мужчина говорил, что все равно изнасилует ее, но потом все-таки нажал на кнопку какого-то этажа и, когда лифт остановился, вышел. Потерпевшая уточняла, что дважды обращала внимание мужчины на голоса людей, предлагая ему уйти, после чего он последовал ее совету.

Нейропсихологическое обследование. Часто перед выполнением задания, независимо от того, оказывается оно трудным для испытуемого или нет, говорит экспериментатору, что не сможет справиться с такой задачей, затем приступает к выполнению. Критика к ошибкам при выполнении заданий несколько снижена. Отмечается снижение темпа деятельности. Выявляется большое количество трудно корригируемых пространственных ошибок, которые носят первичный характер, а не обусловлены повышенной импульсивностью (проба Хэда, пальцевая проба). Отмечаются поисковые движения на правой руке при выполнении пальцевой пробы без зрительного контроля. При формировании кинетической мелодии на обеих руках отсутствует плавность при переходе от одного элемента к другому, отмечается дезавтоматизация программы действия (проба на динамический праксис). При реципрокном взаимодействии отмечается большое количество сбоев на правой руке. Слухоречевая память: выявляются контаминации и парафазии, подверженность следов эффекту как гетеро-, так и гомогенной интерференции, динамика непосредственного воспроизведения — тенденция к эффекту плато. Зрительная память: отмечаются затруднения при дифференцировании стимулов по группам, параграфии, кривая запоминания проявляет тенденцию к эффекту плато. Отмечается грубое нарушение координатных представлений, структурно-топологические ошибки при активном воспроизведении по памяти фигуры Тейлора, однако в значительной степени последние обусловлены нарушением координатных представлений. В задании на решение арифметических задач отмечается снижение фактора программирования. Однако испытуемый успешно справляется с вербально-логическими задачами, требующими участия фактора программирования и контроля. Необходимо отметить некоторое снижение опосредующей функции речи (семантическая организация материала не приводит к значительному улучшению его запоминания, а вер-

бальная экстериоризация не приводит к улучшению пробы на динамический праксис).

Таким образом, на первый план выступает резкое снижение фактора избирательности психических процессов, что проявляется в наличии контаминаций, парафазий, параграфий, эффекте плато. Кроме того, выявляется снижение фактора программирования и контроля, пространственного фактора (резкое снижение координационных представлений, нарушение пространственной организации движений), кинетического и кинестетического факторов. Полученные данные позволяют предположить наличие диффузной дисфункции левого полушария с наибольшей заинтересованностью медиобазальных отделов лобной доли.

Сексологическое обследование. Из акта АСПЭК 1991 г.: «Свое пребывание в психиатрической больнице во время службы в армии объясняет тем, что старослужащие издевались над ним, потому что он неповоротливый, неуклюжий, имел лишнюю массу тела («это сейчас я похудел»)». Из показаний испытуемого от 18.12.95 г.: «С детства у меня проблемы при знакомстве с девушками, а женского внимания не хватает. Когда увидел девушку, захотел познакомиться, возникло желание половой близости. Зашел к ней в лифт, стал приставать, пытался поцеловать и стал снимать с нее одежду. Насиловать ее не собирался, хотел договориться о половом акте по-хорошему, но не успел». Из показаний испытуемого от 20.12.95 г.: «В лифте предложил девушке "отдаться мне", насиловать ее не хотел». Из показаний матери: «Он знакомился с девушками быстро и сразу же хотел жениться».

Со слов испытуемого: отец умер, когда испытуемому было 2,5 года. Воспитывался в основном бабушкой, так как детский сад переносил плохо, в чем это проявлялось — не знает. Мать характеризует доброй, заботливой, в то же время говорит, что она наказывала его «за дело» физически, очень обижался на нее за это. Предпочитал играть с девочками, так как мальчишки дразнили его за «толщину». С детства отмечает повышенный аппетит. В подростковом возрасте очень переживал по поводу излишней массы тела, однако на диете продержался всего 16 дней. Занимался боксом, но только в течение 1,5 мес — «были большие нагрузки». Были друзья-ровесники, в компании имел кличку «Толстый». Драться не любил, первым ударить человека смог лишь во время службы в армии. К виду крови индифферентен. Сам говорит, что с женщинами было легче общаться, во время учебы в техникуме была «подружка»-ровесница, с которой делился переживаниями, сексуального влечения к ней не испытывал. Девочки начали нравиться с 13 лет, чувства никак не реализовывал из-за стеснительности. Мастурбация с 13 лет, эксцессы до 2 в сутки. Обстоятельств первой эякуляции не помнит, в возрасте 13 лет. При мастурбации представлял себе половые акты с женщинами или рассматривал картинки. Эротические сны с поллюциями были, но частоту и содержание не помнит. Нравились ровесницы или девушки моложе его. Первый половой акт в 16 лет с девушкой 19 лет, по его инициативе, оценивает как успешный. В дальнейшем эпизодические половые контакты с девушками, с одной встречался месяц — «отдыхали вместе на юге». С 18 до 20 лет часто ходил подглядывать в окна роддома, стремился увидеть голых женщин, «не обязательно половые органы», при этом мастурбировал. Говорит, что прекратил это делать, когда появилась возможность более-менее регулярной половой жизни. Первый брак в 23 года, развелись через 3 мес. Причиной развода считает поведение тещи, которая вмешивалась в их отношения. Был возмущен, что жена сделала аборт. Второй брак в 29 лет, длился около 1 года, на развод подала жена из-за его заключения. Частота половой жизни в браке — ежедневно. Считает, что удовлетворения от половой жизни с женой не получал, так как «в постели она не реагировала». В то же время не может точно сказать, испытывала ли она при близости оргазм — «вроде бы да». Длительность полового акта оценивает в 1—2 мин. Не менее чем через 1 ч хотелось повторной близости, была эрекция, но семяизвержения достичь не мог, несмотря на длительность фрикций до 1 ч. Из-за этого считал себя неполноценным в сексуальном отношении. Максимальный эксцесс — 3 в 20 лет.

Первое правонарушение — в 1991 г., в это время жена уехала на учебу в другой город, после недели воздержания усилилось половое влечение, стал раздражительным, болела голова, «мучила» постоянная эрекция, мастурбации «хватало на сутки». 18.06.91 г. возвращался от знакомой, к которой ходил с целью «уговорить на

половой акт» (безуспешно), на улице заметил девушку, которая ему понравилась. Пошел за ней с целью «уговорить» ее, изнасилования якобы не планировал. В то же время не отрицает, что были мысли принудить ее к половому акту. Свое поведение помнит плохо, ссылается на давность события, однако с возмущением отрицает, что пытался вытащить ее из подъезда даже тогда, когда соседи стали оттаскивать ее от него. Второе нападение через день (20.06.91 г.) объясняет тем, что «насмотрелся порнухи», шел домой после просмотра видеофильма. Сообщает, что также случайно увидел девушку, не может четко описать свои переживания в тот период, однако говорит, что хотел «уговорить», не отрицая и возможности намерения изнасиловать. Во время отбытия наказания мастурбировал, однако мастурбация его «не удовлетворяла», поэтому совершал фелляцию с «опущенными». После освобождения в июне 1995 г. были эпизодические сексуальные связи, правонарушение связывает также с сексуальной абстиненцией.

Соматическое состояние: бреется с 16 лет, возраста оволосения лобка не помнит, по мужскому типу, с гипертрихозами. Отложение жира на животе. Половая система: половой член — длина 7 см, окружность 7 см. Яички: правое — 3×4 см, левое — 3,5×4 см, тугоэластической консистенции. Придатки: правый — 1,5 см, левый — 2 см, эластические. Предстательная железа увеличена в размерах, каменистой плотности, пальпируются крупнозернистые уплотнения в обеих долях, выражена болезненность при пальпации. Половая конституция: 1—4; 2—5; 3—4; 4—7; (5 — не вошел). ТИ = 1,96; ИТ = 93; PE = 104.09.

Диагноз: относительная преждевременная эякуляция, чередующаяся с анэякуляторным расстройством (EPR1=AER1) вследствие гиперлибидемии в результате органического поражения ЦНС и хронического простатита у больного с дисгармонией пубертата (опережение соматосексуального развития при нормативном психосексуальном).

Психическое состояние. Входит шаркающей, неуклюжей походкой. Двигательно заторможен, неловок. Внешний вид неопрятный. Настроение с эйфорическим оттенком. Легко вступает в беседу, с повышенной готовностью отвечает на вопросы, слегка наклоняясь корпусом вперед. Речь громкая, с детскими интонациями. Отвечает по существу, подробно, застревая на несущественных деталях. За время беседы часто неадекватно улыбается. Испытывает трудности в описании своих переживаний. Жалоб на здоровье не высказывает, считает себя психически здоровым. С радостным выражением заявляет, что у него «все хорошо», затем добавляет, что ему «очень домой хочется». Затрудняется объяснить причины госпитализации в больницу во время службы в армии, предполагает, что ими могли быть конфликты с сослуживцами. Отрицает свои жалобы на здоровье в тот период. Утверждает, что никогда при получении черепно-мозговых травм не терял сознания. Облегченно говорит о перенесенных травмах, с улыбкой отмахивается от расспросов о них, называет их «пустяками». Изменений в состоянии здоровья в дальнейшем также не отмечает, однако соглашается, что через 2—3 мес после травмы в 1994 г. стал слышать «голоса» матери и жены, которые за дверью якобы говорили кому-то, что он ни в чем не виноват, просили его отпустить. Поясняет, что реально воспринимал эти разговоры, требовал свидания с родственниками, при отказе объявлял голодовку. Сообщает, что в тот же период иногда казалось, что «раздвигались лавки и другие предметы». Утверждает, что после освобождения это не повторялось, хотя «голоса» продолжал слышать до повторного задержания в декабре 1995 г. Дополняет, что после возвращения домой «слышал» разговоры чужих людей о нем. Уточняет, что слышал в туалете за стеной разговоры соседей, которые осуждали его, называли «зеком». Считает себя по характеру стеснительным, скромным, малообщительным. Делится своими трудностями в общении с противоположным полом. Фиксирован на этой теме, многократно самостоятельно к ней возвращается. Поясняет, что ему трудно заговорить на улице с понравившейся девушкой, не знает, как поддержать беседу, стесняется. Однако тут же признает, что легко знакомится на танцах, у него много знакомых девушек, с которыми он легко общается. Со вздохом говорит о неудачах в личной жизни. Поясняет, что с первой женой они «не сошлись характерами», предполагает, что вторая жена его «не любила», так как развелась сразу после его осуждения. Заявляет, что в ближайшем будущем ему «срочно надо жениться и

заводить детей», при этом упоминает о судебно-следственной ситуации, в которой находится, лишь как о досадной помехе. Расстраивается при расспросе о правонарушении. Потупив взгляд, говорит, что поступил «сдуру», «не подумав», «насмотрелся порнухи». Обещает, что в дальнейшем такое не повторится. Уклончиво говорит о применении к девушке грубой силы, но признает, что угрожал ей словами. При этом признает себя виновным лишь в том, что испугал потерпевшую. Утверждает, что если бы имел с кем-либо близость, то нападения не совершил бы. Противоречиво высказывается о своих намерениях в момент нападения. Так, вначале утверждает, что, находясь в состоянии сильного сексуального возбуждения, «не задумывался о последствиях — все произошло само собой»; допускает возможность изнасилования в данной ситуации, однако в дальнейшем заявляет, что у него не было такой цели, он хотел лишь «уговорить ее по-хорошему». Утверждает, что имел многократные эпизодические сексуальные связи в аналогичной ситуации без применения силы. Заявляет, что ему проще подойти в подъезде к девушке с предложением полового акта, чем познакомиться на улице с риском быть непонятым. Аналогичным способом описывает правонарушения в 1991 г. Утверждает, что «уговаривал» девушку около 10 мин, но отказался от своих намерений, когда понял, что она не согласится. Не скрывает, что на следующий день вновь хотел «кого-нибудь найти», но был задержан. Просит простить его, поверить, что теперь с ним подобного не случится. За время пребывания в отделении был в основном спокоен, малообщителен, неопрятен, не следил за своим внешним видом, чем вызывал неприязнь других испытуемых. Помогал медперсоналу в уборке отделения, но с работой не справлялся. Часто занимал место медперсонала, мог надеть чужие тапочки. При многократных замечаниях поведения своего не менял, хотя сиюминутно реагировал правильно. Питался на своей кровати из-за негативного отношения к нему в палате. Был назойлив с просьбой «отправить скорее домой», с которой обращался ежедневно по несколько раз, объяснял свое желание тем, что он «соскучился по маме».

Направленное психологическое исследование. Полоролевая идентичность испытуемого характеризуется выраженностью маскулинных качеств (маскулинный тип по методике МиФ). Это соотносится с данными методики «Кодирование», согласно которым испытуемый демонстрирует стремление к обладанию известными ему мужскими качествами «Я — дуб — сильный, мощный» (в графе «дерево»), «Я — укротитель львов» (в графе «животное»). Однако при выполнении методики ЦТО испытуемый устанавливает цветоассоциативные связи между понятиями «Я — женщина» — «девочка» — «Я-идеал» — «тревога» (фиолетовый цвет), что может отражать нестабильность полоролевой идентичности и неуверенность испытуемого в собственной мужской роли.

Представления о том, какими качествами должен обладать мужчина, характеризуются выраженным преобладанием маскулинных качеств, что, однако, не соотносится с полоролевыми предпочтениями испытуемого («Я-идеальное» характеризуется сбалансированностью между маскулинными и фемининными чертами). Следует отметить, что при выполнении методики «Кодирование» образ мужчины характеризуется через формальные атрибутивные качества («станок формовочный — нужна сила, чтобы на нем работать» в графе «неодушевленный предмет», «укротитель тигров — решительный, смелый» в графе «амплуа артиста цирка»). При этом испытуемый демонстрирует амбивалентное отношение к мужской половой роли — с одной стороны, она является для него привлекательной, с другой, — недоступной, «мужчина» — «гитара — нравится, больше подходит по характеру, хотел научиться, но не смог» (в графе «Музыкальный инструмент»), «мужчина» — «лев, проворный, добывает все для семьи, но злой немного» (в графе «Животное»).

Женская половая роль характеризуется максимально выраженными фемининными качествами (методика МиФ). Преобладает формальное восприятие образа женщины: «комната» — «для женщины подходит работа — уборка в комнате» (неодушевленный предмет). Подчеркивается трудность понимания поступков женщин, эмоциональная амбивалентность образа: «круг — трудно распознать, сразу не раскусишь, может быть двоякая» (в графе «Геометрическая фигура»), «лиса — ко-

варная и опасная» (в графе «Животное»). Следует отметить недостаточную дифференцированность восприятия полоролевых возрастных качеств — испытуемый допускает цветоассоциативные связи «мужчина» — «ребенок» (зеленый цвет) и «женщина» — «девочка» (фиолетовый цвет) при выполнении методики ЦТО.

Выражены искажения в сфере сексуально-половых предпочтений. Образ идеального сексуального партнера характеризуется значительной выраженностью как маскулинных, так и фемининных качеств (МиФ), что расходится с представлениями о реальном сексуальном партнере (маскулинный тип). Образ реального сексуального партнера соотносится с «Я-реальным», что может отражать аутоэротические тенденции.

Возрастная идентичность испытуемого соответствует возрастной группе с равной средней степенью выраженности черт инфантилизма и зрелости (по методике ВИД). По результатам проведения теста Кеттэла испытуемый также характеризуется равной средней степенью выраженности черт инфантилизма и зрелости. Психологический возраст испытуемого, подсчитанный по методике «Каузометрия» исходя из количества каузальных связей между жизненными событиями, составляет ⅔ хронологического возраста, т.е. приблизительно 22—23 года. Называемый испытуемым психологический возраст — 17—18 лет. Концентрация обусловленных обоими типами каузальных связей событий, относящихся к сексуальной и социальной сферам и имеющих позитивную эмоциональную окраску, наблюдается в возрастном промежутке с 17 до 21 года. На протяжении нескольких последующих лет отмечался ряд негативно окрашенных событий, носящих фрустрирующий характер. При изображении жизненного пути с помощью трех кругов испытуемый в качестве психологического настоящего выделял временной период, начавшийся в 16 лет и продолжающийся в настоящее время, что свидетельствует об актуальности для испытуемого психологических параметров начала данного возрастного периода и может детерминировать его возрастную идентичность. При выполнении методики ЦТО испытуемый относит образ взрослого к психологическому будущему, а образ «Я» соотносит с детством, к которому проявляет амбивалентное отношение, устанавливая связи «детство—тревога—удовольствие», что подтверждается данными методики «Кодирование», по которой испытуемый характеризует ребенка как легко уязвимого и постоянно притесняемого (графы «Животное» и «Сказочный персонаж»). Идентификации испытуемым по данному параметру с неадекватным возрастным периодом также проявляются в рисунках, на которых он демонстрирует такие черты психического инфантилизма, как зависимость, неуверенность в себе (рисунок у самого края листа), скованность, чувство собственной малоценности и незначимости (очень маленькая фигура с тонким контуром); ребенок и взрослый отличаются на рисунке только размером. Кроме того, при выполнении методики ЦТО были установлены цветоассоциативные связи «привлекательность — идеальный сексуальный партнер — девочка — удовольствие», свидетельствующие о влиянии возрастной идентичности испытуемого на выбор объекта сексуального влечения. Цветоассоциативная связь «секс — мать» может свидетельствовать о значительном влиянии детско-родительских отношений испытуемого на формирование его психосексуальной сферы. Отношения с матерью в настоящий момент по типу партнерства «родитель — ребенок» со значительным доминированием матери. Общение с детьми по типу «взрослый — ребенок», с подростками — по типу «ребенок — ребенок». Испытуемый значимо дифференцирует образы взрослого и ребенка: не склонен наделять образ ребенка чертами зрелости, а образ взрослого — чертами инфантилизма (методика «Кодирование»), образы идеального взрослого и идеального мужчины соотносятся в пространстве «инфантилизм — зрелость» и наделены максимально выраженными чертами зрелости и минимально выраженными чертами инфантилизма, а образ ребенка наделен значительно выраженными чертами инфантилизма и минимально выраженными чертами зрелости. Испытуемый хотел бы в значительно большей степени обладать чертами зрелости и в меньшей — чертами инфантилизма, что свидетельствует о понимании им норм возрастного поведения и осознании неинтериоризованности этих норм (методика ВИД), что может обусловливать наличие гиперкомпенсаторных тенденций в поведении испытуемого.

Таким образом, проведенное исследование позволило сформулировать комплексную оценку как предиспозиционных, так и актуальных механизмов нарушенного поведения.

Психологическое обследование. Сначала приведем результаты *традиционного* патопсихологического исследования, структурированного по феноменам, релевантным определенным этапам поведения.

1. Формирование личности с определенной социальной ориентацией. Обследуемый отличается некоторой личностной примитивностью, ограниченностью круга интересов, низкой рефлексивностью. Выражена дисгармоничность личностной структуры — эгоцентричность, неуверенность в себе, повышенная чувствительность к оценкам относительно собственной личности, переживание собственной неполноценности; актуальны потребности к доминированию, самоутверждению в мужской роли.

2. Формирование конкретной (ситуативной) мотивации. Испытуемый имеет достаточный репертуар стратегий общения с лицами как своего, так и противоположного пола, ориентируется в существующих нормах и правилах, способен к опосредованным и дифференцированным формам межличностного общения. Однако отмечается, что он склонен ориентироваться в своем поведении на собственные потребности и желания без учета интересов и позиций окружающих людей и общепринятых социальных норм.

3. Планирование и принятие решения. Сохранный интеллектуальный уровень, темп интеллектуальной деятельности стабильный, способен к проведению основных мыслительных операций с опорой на существенные практически значимые свойства объектов функционального и конкретного уровня. Мнестические процессы — на нижних границах нормы. Обследуемому доступны целостное осмысление стимульного материала, установление причинно-следственных связей.

4. Процесс реализации принятого решения, выбор способа достижения цели. Испытуемый способен к произвольному поведению, которое, однако, может быть реализовано без учета социальных норм и мнений окружающих.

Таким образом, данное исследование дает возможность оценить *потенциальную* способность испытуемого к осуществлению значимых функций и процессов. Приблизиться же к определению *актуальной* возможности реализации этих способностей в специфических юридически значимых ситуациях позволяет направленное психологическое исследование.

1. Формирование личности с определенной социальной ориентацией. На фоне декларирования испытуемым выраженности у него маскулинных качеств отмечается недостаточная идентификация с образом мужчины. Выражена эмоциональная идентификация с «женщиной», «девочкой». Представление испытуемого о том, каким должен быть мужчина, характеризуется преобладанием маскулинных качеств, что, однако, не соотносится ни с полоролевыми предпочтениями испытуемого («Я-идеальное»), ни с полоролевой идентичностью («Я-реальное»), что отражает нарушение смыслового аспекта интериоризации. Следует отметить, что образ мужчины характеризуется им через формальные атрибутивные качества (нарушение когнитивного аспекта). При этом испытуемый демонстрирует амбивалентное отношение к мужской половой роли: с одной стороны, она является для него привлекательной, с другой, — недоступной (нарушение эмоционального аспекта). Преобладают искажения в сфере сексуально-половых предпочтений: образ идеального сексуального партнера характеризуется значительной выраженностью как маскулинных, так и фемининных качеств (МиФ), что расходится с представлениями о реальном сексуальном партне-

ре (маскулинный тип). Образ реального сексуального партнера соотносится с «Я-реальным», что может отражать аутоэротические тенденции. Сексуальность определяется испытуемым как главная ценность.

Исходя из особенностей возрастной идентичности испытуемого, можно предполагать децентрацию, т.е. смещение временного центра активности испытуемого на период психологического времени, соответствующий приблизительно верхней границе пубертатного возраста. Это может быть обусловлено фиксацией в ходе психосексуального развития на позитивных переживаниях в связи с успешным прохождением данного этапа и последующей фрустрацией сексуальных потребностей испытуемого. Невозможность руководствоваться нормами поведения, адекватными его хронологическому возрасту, является следствием дисгармоничной социализации в аспекте гендерных взаимоотношений из-за приобретенных на более ранних этапах развития личностных черт, препятствующих благополучной социализации и детерминированных типом детско-родительских отношений. Децентрация такого рода может проявляться в психическом и поведенческом регрессе испытуемого на соответствующий данной возрастной группе уровень, что влияет на выбор объекта сексуального влечения и тип реализации сексуальных интенций. Являясь неадекватными соответствующему хронологическому возрасту испытуемого нормам поведения, они могут стать причиной когнитивного конфликта, разрешаемого посредством насильственной реализации намерений на фоне сниженных в соответствии с психологическим регрессом функций контроля, усиливаемых вышеуказанными гиперкомпенсаторными тенденциями.

2. Формирование конкретной (ситуативной) мотивации. Восприятие образа женщины характеризуется максимально выраженными феминнинными качествами. Преобладает формальное восприятие образа женщины с элементами деперсонификации. Подчеркиваются трудность понимания поступков женщин, эмоциональная амбивалентность при восприятии образа женщины. Поскольку мужская норма не входит в ценностную систему испытуемого (при всей ее декларированности), то ее участие в регуляции поведения может быть ограничено в ситуациях, требующих участия полоролевых стереотипов.

3. Планирование и принятие решения. Паттерны полоролевого поведения (в ситуациях межполового общения) недостаточно дифференцированы. Значительное расхождение между представлениями об идеальном и реальном сексуальном партнере свидетельствует о дисгармонии в соотношении уровней достижений и притязаний в сексуальной сфере. Кроме того, значительное расхождение между полоролевыми идентичностью и предпочтениями («Я-реальное», «Я-идеальное») может отражать нерешительность, неуверенность и неэффективность при общении в ситуации межполового общения, поэтому в ситуации эмоционального напряжения участие полоролевой «Я-концепции» в регуляции поведения неэффективно — возможны нарушения из-за трудностей соотнесения идеальной и реальной самооценок, восприятие ситуации как субъективно сложной.

4. Процесс реализации принятого решения, выбор способа достижения цели. Ситуации межполового общения являются субъективно сложными (поскольку недостаточно широк выбор стратегий взаимодействия в таких ситуациях — доминирование, самоутверждение, гипермаскулинность). Формальные и атрибутивные маскулинные нормы могут участвовать в регуляции поведения, однако в ситуациях эмоционального напряжения регулятивная роль известных испытуемому полоролевых норм может быть ограниченной.

Психологический анализ криминального поведения. Поведение во всех эпизодах отражает направленность поступков испытуемого на реализацию сексуальной потребности (*гиперлибидемия*). Распад поведения и сворачивание сложных форм *опосредования* сексуальной потребности можно проследить по различным криминальным эпизодам.

Так, при сопоставлении различных эпизодов можно наблюдать «сворачивание» фазы контакта в сценарии полового поведения испытуемого. Если в *первом* эпизоде осуществляются попытки «уговорить девушку»; во *втором* — они остаются на уровне намерения, не реализуясь в поведении («пошел за девушкой с целью уговорить, изнасилования не планировал...»); в *третьем* — они свернуты, действия преимущественно решают задачу снятия сопротивления потерпевшей угрозами, избиениями («угрожал ножом»). Однако в *последнем* эпизоде фаза установления контакта выпадает окончательно. Войдя в лифт, испытуемый пытается раздеть жертву и приступить непосредственно к совершению полового акта. Недостаточная смысловая и эмоциональная интериоризация «мужской» половой роли, недифференцированность представлений о паттернах полоролевого поведения, а также амбивалентность восприятия образа «женщины» могут отражать неуверенность испытуемого в ситуациях межполового общения и несформированность четких стратегий межполового взаимодействия.

Следует отметить, что выявляемые на момент обследования амбивалентность и деперсонифицированность восприятия образа «женщины» соответствуют обезличенному взаимодействию с потерпевшей в четвертом эпизоде («приблизился и молча стал снимать с нее одежду»). При этом, если в *первом* эпизоде испытуемого интересовало согласие девушки («предложил ей половую близость»), то во *втором* он, только «предполагая» возможность договориться («хотел уговорить»), нападает на нее, пытаясь преодолеть сопротивление. В *третьем* эпизоде он нападает на девушку и, угрожая ножом, предлагает совершить половой акт. В *четвертом* эпизоде он уже не интересуется желанием девушки, а непосредственно приступает к попыткам ее раздевания, которые прекращаются ее «согласием» на половой акт с ним.

Можно проследить динамику нарушения волевой регуляции сексуального поведения испытуемого (т.е. способность к произвольному изменению сексуального намерения). Так, после *первого* эпизода (который закончился отказом девушки) испытуемый в течение недели (!) «воздерживался» (усилилось влечение, стал раздражительным, голова болела, «мучала» постоянная эрекция, мастурбации хватало не более чем на сутки) и даже ходил к знакомой, «чтобы уговорить ее на половой акт» (18.06.91 г.). Это отражает способность испытуемого к волевой регуляции собственной сексуальной потребности, т.е. он на тот момент был способен к отсроченным и опосредованным формам ее реализации (воздержание, мастурбация, «мог пойти к знакомой»). Однако в ситуации эмоционального напряжения участие полоролевой «Я-концепции» в регуляции поведения неэффективно (возможны нарушения из-за трудности соотнесения реальной и идеальной самооценок, недостаточной смысловой и эмоциональной интериоризации мужской половой роли).

Накоплению эмоционального напряжения также могут способствовать выявленные в психологическом исследовании следующие феномены: личностная примитивность, низкая рефлексивность, эгоцентричность, неуверенность в себе, повышенная чувствительность к оценкам относительно собственной личности, переживание собственной неполноценности. Таким образом, способность испытуемого к волевой регуляции сексуального поведения снижается от одного эпизода к другому. В периоде, предшествующем

третьему эпизоду, также наблюдаются попытки к косвенным формам удовлетворения сексуального влечения (замещению сексуального поведения, сублимации) — «ходил посмотреть порнуху». Однако ситуативно возникшее желание сексуальной разрядки уже не встретило сопротивления со стороны личностных факторов, вероятно, в силу как длительного эмоционального напряжения, так и недостаточной интериоризированности половой роли (модель эмоционального напряжения, оказывающего существенное влияние на сознание и поведение, описанная Ф.С. Сафуановым (1998). В *четвертом* эпизоде не наблюдается попыток совладания со своим влечением и все действия испытуемого направлены на то, чтобы его удовлетворить.

Необходимо отметить, что влияние ситуации на произвольное поведение испытуемого в различных эпизодах также претерпевает некоторую динамику. В *первом* эпизоде испытуемый достаточно гибко реагирует на изменения ситуации и при появлении свидетелей, прибежавших на крик, скрывается; во *втором* — прибежавшим соседям пришлось «оттаскивать его от девушки», т.е. здесь изменение условий ситуации, предполагающее моральную оценку последствий поступков («соседи стали его стыдить»), не регулирует поведение испытуемого в криминальной ситуации. Стремление к продолжению попыток совершения полового акта в ситуации, когда появляются соседи, может свидетельствовать о том, что социальные нормы, так же как и стереотипы нормативного маскулинного поведения, в такой ситуации не актуализируются. В *четвертом* эпизоде испытуемый не реагирует на попытки девушки вызвать диспетчера лифта, на голоса жильцов дома (которые он, однако, слышал). Тем не менее девушке удалось управлять попытками испытуемого раздеть ее «показным добровольным» согласием на половой акт. Только неоднократные предложения девушки покинуть лифт, «пока его не поймали», вероятно, позволяют ему правильно оценить ситуацию и выйти из нее («нажал на кнопку этажа и, когда лифт остановился, вышел»). Низкая рефлексивность испытуемого, эгоцентричность, недостаточная интериоризация мужской половой роли могли обусловить невозможность «объективации самосознания» в ситуации, когда его противоправные действия вызвали появление соседей. Нормативные стандарты, определяющие, что человек считает дозволенным и недозволенным в определенной сфере, не регулируют его действия автоматически. Чтобы стандарты самооценочного характера оказались действенными, на него должно быть направлено внимание субъекта, т.е. должно возникнуть состояние так называемой объективации самосознания, наблюдаемое, когда внимание обращается на какие-либо части или атрибуты себя самого (например, когда человек видит себя в зеркале), что показано на модели регуляции агрессивного поведения Х. Хекхаузена.

Онтогенетический анализ. Испытуемый вырос без отца, воспитывался бабушкой. Референтной группой для испытуемого были девочки, поскольку мальчики не принимали в компанию (смеялись над его полнотой). В армии сослуживцы также смеялись над его фигурой. Хроническая полоролевая фрустрация могла отразиться на нестабильности самооценки по маскулинным качествам половой роли. Эмоциональное общение преимущественно с девочками. Как с близким другом общался с девочкой, с которой делился переживаниями. Это могло осложнить адекватное формирование паттернов полоролевого поведения, интериоризацию мужской роли, ограничив возможности самореализации в мужской роли (представления о ней характеризуются атрибутивностью и формальностью, гипермаскулинностью). К мужской роли выражено амбивалентное эмоциональное отношение. Страдает смысловой аспект интериоризации (гипермаскулинная роль

не соотносится с полоролевой идентичностью и полоролевыми предпочтениями испытуемого). При этом сфера сексуальности, входя в систему основных ценностей испытуемого, является доступным для него атрибутом мужской роли, в которой он может утвердиться, предопределяя, вероятно, сексуальную сферу своего рода модальностью для реализации полоролевых конфликтов. Таким образом, выявленные особенности могут свидетельствовать о сложности межполового общения для испытуемого, что наряду с сексологическими нарушениями (гиперлибидемия) создает предпосылки для нарушения этапа формирования ситуативной мотивации в криминальной ситуации. Следовательно, в процессе актуализации сексуальной потребности у испытуемого ограничен и без того небогатый репертуар поведенческих стратегий межполового общения.

Нейропсихологическое заключение. В результате анализа данных нейропсихологического исследования можно говорить о: 1) нарушении когнитивного звена регуляции в виде грубого расстройства избирательности психических процессов; 2) нарушении непосредственной (оперативной) регуляции поведения в виде дефицита фактора программирования и контроля, а также организации движений (пространственный фактор).

Сексологическое заключение. А. ***Анализ сексологических нарушений.*** Половое самосознание не сформировано и крайне уязвимо, о чем говорит легкость регресса в условиях сексуальной абстиненции (вуайеризм с мастурбацией). Выраженная интенсивность полового влечения (потребность до нескольких половых актов в сутки) до настоящего времени позволяют говорить о гиперлибидемии. При соматическом осмотре выявляется хронический простатит, который мог играть патопластическую роль в развитии как преждевременной эякуляции, так и в ее задержке. Однако более вероятным представляется его роль в первом случае, а генез анэякуляторных расстройств, учитывая их сочетание с отсутствием психологического удовлетворения при половых актах, вероятно, более связан с нарушениями половой идентичности. Связь между гиперлибидемией и отсутствием эякуляции при повторном половом акте ничем не может быть доказана.

Б. ***Онтогенетический анализ.*** У испытуемого выявляются нарушения половой идентичности, о чем свидетельствуют предпочтение игр с девочками, негативное отношение к своему физическому облику (этап базовой идентичности), психологический дискомфорт и непонимание в отношениях со сверстниками, увлечение силовыми видами спорта (этап половой роли), амбивалентное отношение к женщинам наряду с предпочтением общения с ними, психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с интермиттирующими нарушениями эякуляции (преждевременное семяизвержение, чередующееся с анэякуляторными феноменами). Для психосексуального развития испытуемого характерно искажение (выпадение фазы реализации) стадии платонического либидо («легко знакомится с девушками и сразу предлагает жениться»), однако последовательность стадий развития либидо в целом сохраняется, сроки соматосексуального развития несколько опережают нормативные, что позволяет говорить о дисгармонии пубертата.

Таким образом, при сексологическом исследовании выявляются нарушения когнитивного компонента в виде склонности к регрессу сексуального поведения, аффективного — в виде амбивалентного отношения к объекту сексуального влечения и негативного — к своему физическому облику как представителя мужского пола; в онтогенетическом плане — нарушения половой идентичности и сексуальный дизонтогенез в виде дисгармонии пубертата.

Психиатрическое заключение. А. ***Анализ криминального поведения.***

Поведенческий компонент. Обращают на себя внимание повторность и стереотипность правонарушений: совпадает время действия, территория (подъезды близко расположенных домов), случайный выбор жертвы и однотипность действий — пытается уговорить на половой акт, принудить к нему, хотя репертуар конкретных поступков постепенно расширяется — от уговоров с убеганием до угроз с физическим нападением в последующем, стремлением вытащить из подъезда, повалить на землю, в последнем правонарушении — снятием одежды (с верхней части тела). Клишированность поведения приближает его по структуре к комплексу фиксированных движений, незавершенность и внезапность нападения — к смещенной активности; в последнем же случае повторяющиеся раздевания-одевания жертвы и испытуемого близки к движениям намерения.

Аффективный компонент. Следует отметить, что невербальные реакции жертвы не оказывают влияния на поведение испытуемого (прервало паттерн только вербальное согласие в последнем случае). Отмечается амбивалентное отношение к объекту — надеется уговорить и заставить. Судя по описанию потерпевших, у них не возникало выраженных реакций испуга, убежденности в решительном настрое испытуемого; сам он не в состоянии точно вербализировать свои переживания в этот период. Характерно эгосинтоническое отношение к своему влечению: нет борьбы мотивов, примитивно-инфантильные попытки оправдания стимулируются только экспертной ситуацией, объясняет поведение сексуальным влечением.

Когнитивный компонент. В ситуации правонарушения испытуемый плохо осознает свои намерения: что именно он хочет сделать — уговорить на половой акт или принудить к нему, плохо осознается также программа действий, особенно ярко это заметно в последнем случае. Снижен также ситуационный контроль — замедленно реагирует на угрожающие изменения обстановки (если доверять его высказыванию, что он не помнит, как жильцы тащили жертву в подъезд, а он — на улицу, то можно предположить нарушения восприятия).

Таким образом, при анализе криминального поведения испытуемого можно сделать следующие выводы:

1) в криминальных ситуациях отмечается структурно-динамический регресс поведения;

2) в период рассматриваемого поведения у испытуемого выявляются аффективные нарушения в виде снижения эмпатии, амбивалентного отношения к объекту и затруднения эмоциональной экспрессии;

3) в период совершения правонарушений отмечались когнитивные нарушения — ухудшение осознавания намерения, программы действия, т.е. диссоциативные расстройства. Возможно, наблюдались и нарушения восприятия окружающего или затруднения осмысления ситуации и последствий своих действий, однако клинические критерии нарушения сознания отсутствуют.

Б. ***Онтогенетический анализ.*** У испытуемого с психопатологически отягощенной наследственностью, родившегося от быстрых родов, с детства отмечается отставание в умственном и физическом развитии с расстройствами психического (страхи, парааутистические тенденции) и физического (излишняя масса тела, моторные нарушения — медлительность с неусидчивостью) «Я», которые во время службы в армии прогрессируют — он становится более замкнутым, неопрятным, неряшливым, присоединяются поведенческие нарушения, внешне психогенно (издевательства сослуживцев) обусловленные, однако уже тогда не вполне адекватные (ночевки на чердаках, подвалах, исчезает брезгливость); после демобилизации нарастают за-

13 – 3935

торможенность, аспонтанность. В картине психоза, расцененного как реактивный, отразились в усиленном виде психопатологические нарушения, присущие испытуемому («злое» выражение лица врача, ретроспективная оценка правонарушения — «сами лезут, пусть не пристают», нарушения эмоционального гнозиса). После травмы (перелом левой лобной кости) в 1994 г. нарастают снижение критики, эйфоричность.

Таким образом, по результатам анализа психического онтогенеза можно сделать следующие выводы: 1) у испытуемого вследствие раннего органического поражения головного мозга (быстрые роды) на фоне задержки психофизического развития и нарушений обмена (избыточная масса тела) происходит смена неврозоподобных проявлений на поведенческие расстройства с нарастанием изменений личности и мышления по органическому типу (апатический вариант психоорганического синдрома); 2) после травмы левой лобной кости в 1994 г. отмечается утяжеление эмоциональных расстройств до эйфорических с грубым снижением критики к поведению.

В *резюме* приведем основные нарушения компонентов самосознания:

1) *когнитивный* — аутистические проявления и диссоциативные расстройства, в основе которых лежит выраженное нарушение избирательности психических процессов вследствие раннего органического поражения ЦНС. На такой биологической базе сформировалась недифференцированность половой идентичности, а с учетом единственно доступных объектов идентификации (бабушка и мать — с явными полоролевыми особенностями) — искажение структуры М/Ф с последующим нарушением интериоризации половой роли, ее формальностью, атрибутивностью. Совпадение объекта референции и объекта сексуального влечения сопровождается недифференцированностью паттернов полоролевых поведения и предпочтений. Расстройства физического «Я» (дисморфофобические тенденции) в сочетании с координационными нарушениями становятся причинами трудности произвольного контроля действий. Трудность осознания программы поведения в сочетании с ее содержательной дефектностью обусловили компульсивный характер влечения;

2) *аффективный* — выявляются нарушения как в импрессивной сфере (нарушения эмоционального гнозиса и эмпатии), так и в субъективной (трудность идентификации и вербализации собственных эмоций), а также в экспрессивной (неадекватность их выражения). На психологическом уровне это находит свое выражение в амбивалентном отношении к мужской половой роли, к женщине как объекту сексуального влечения. Вышеупомянутые нарушения эмоциональности проявляются в неразвитости платонического либидо и отсутствия в нем субъективного смысла для испытуемого («знакомится и сразу предлагает выйти замуж»). Подобные нарушения обусловливают и эгосинтоническое отношение к влечению. Таким образом, можно предполагать, что в ситуации правонарушения участие эмоций в регуляции поведения было искажено;

3) *поведенческий* — ригидность, стереотипность поведения с отсутствием четкой программы также имеют биологическую базу в виде нарушения фактора программирования и контроля вследствие поражения лобного отдела левого полушария. Особенно резко влияние этого фактора проявилось в ситуации последнего правонарушения (после травмы черепа в 1994 г.), когда несостоятельность произвольного контроля движений стала очевидной;

4) *фактор гиперлибидемии*, который, создавая доминирующую мотивацию, как бы моделировал стрессовую ситуацию, в которой вышеперечисленные особенности регуляции выявлялись особенно четко.

В заключение приведем анализ поведения испытуемого Р. по этапам (табл. 10.9).

Таблица 10.9. **Схема регуляции поведенческого акта испытуемого Р.**

Этапы	Факторы регуляции		
	психологические	нейропсихологические	клинические (психопатологические и сексологические)
1. Предкриминальная ситуация (онтогенетический анализ)	Потребность к доминированию в мужской половой роли, эмоциональная идентификация с женщиной, нарушения когнитивной и смысловой интериоризации половой роли, снижение участия «Я-концепции» в регуляции	Нарушения избирательности высших психических функций и фактора программирования	Уязвимость регуляции и зависимость от текущего состояния (стресс, гиперлибидемия)
2.1. Формирование ситуационного мотива (волевая регуляция)	Деперсонификация женщины, амбивалентное отношение к ней, ограничение участия полоролевых стереотипов в регуляции	Нарушения избирательности высших психических функций, дезактуализация социальной мотивации	Фиксация на определенной активности (насильственные половые акты), диссоциация между когнитивным компонентом (деперсонификация объекта в виде случайного выбора жертвы) и аффективным (амбивалентное отношение к объекту)
		Искажения обстановочной и пусковой афферентации	Нарушение восприятия окружающего и реакции жертвы
2.2. Принятие решения, планирование и прогноз (смысловая регуляция)	Недостаточная дифференцированность паттернов полоролевого поведения в ситуациях межполового общения	Расстройства механизма выбора и прочности следов памяти (нарушение актуализации прошлого опыта)	Диссоциация между когнитивным компонентом (компульсивный характер влечения) и аффективным (амбивалентное отношение к нормативной сексуальной активности)
2.3. Реализация и контроль	Ограничение участия в регуляции полоролевых стереотипов	Нарушение фактора программирования	Фиксация на определенной активности (насильственные половые акты), диссоциация между аффективной (нарушения эмоционального гнозиса) и поведенческой (структурно-динамический регресс) компонентами
3. Посткриминальная ситуация		Установление стереотипа действия	

Экспертная оценка. Определяется юридический критерий по *волевому признаку*, т.е. характер влечения может быть квалифицирован как компульсивный, что делает возможным вывод о невменяемости. Другим состоянием, ограничивающим вменяемость в плане волевого критерия, является гиперлибидемия.

Определяется *интеллектуальный признак* юридического критерия, т.е. ограничение или невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, о чем свидетельствуют диссоциативные феномены.

Наличие *эмоционального критерия* можно видеть в снижении эмпатии, амбивалентном отношении к женщинам, эгосинтоническом отношении к аномальному влечению, что в сочетании ограничивает вменяемость.

Таким образом, испытуемый Р. во время совершения инкриминируемого ему деяния не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, а также предвидеть их общественно опасные последствия.

Глава 11

Экспертиза сексуальной зрелости

До недавнего времени предмет экспертного исследования сексуальной зрелости определялся статьей прежнего Уголовного кодекса, подразумевавшей ответственность за половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости. Подобная юридическая квалификация статуса потерпевшего была основой стратегии судебно-медицинского установления половой зрелости, под которой в соответствии с Правилами акушерско-гинекологической экспертизы понималось «окончательное сформирование женского организма, когда половая жизнь, зачатие, беременность, роды и вскармливание ребенка являются нормальной функцией, не расстраивающей здоровья, и свидетельствуемая способна к выполнению материнских обязанностей». Примечательно, что эта задача ставилась только при исследовании потерпевших женского пола, хотя соответствующей статьей 119 УК подразумевались жертвы как женского, так и мужского пола. Вместе с тем в кодексах некоторых республик СССР была несколько иная трактовка возрастных границ партнерских отношений, недопустимых с подростками, не достигшими либо брачного возраста, либо 16 лет. Именно этот подход отражен в современном УК РФ, где аналогичная статья 134 подразумевает санкции в отношении лиц, достигших 18 лет, осуществляющих половой акт с лицами, не достигшими 16-летнего возраста. Тем самым исследование половой зрелости изымается из разряда самостоятельных экспертных задач.

Однако другие новации современного кодекса одновременно отражают иную экспертную ситуацию, связанную с сексуальной зрелостью. Согласно части 3 статьи 20 УК, если несовершеннолетний достиг возраста уголовной ответственности, но в силу отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, то он не может рассматриваться как субъект преступления и не подлежит уголовной ответственности. Причем действие данной нормы в особых случаях, согласно статье 96 УК РФ, распространяется и на лиц в возрасте от 18 до 20 лет.

С момента выхода новой редакции УК РФ в специальной литературе продолжается дискуссия о возможности и границах применения вышеуказанной нормы. В частности, специалисты отмечают несогласованность норм, изложенных в части 3 статьи 20 и 22 УК РФ при сравнении экспертных оценок, основанных на формулировках части 3 статьи 20 УК с возможными решениями, вытекающими из статьи 22 УК. Очевидны неравноценность и неэквивалентность применения правовых норм приведенных статей.

Так, подросток, неспособный в полной мере понимать фактический характер и общественную опасность своих действий в связи с отставанием в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством (вследствие педагогической запущенности, сенсорной депривации, особенностей воспитания и т.п.), не подлежит уголовной ответственности и в соответствии с частью 3 статьи 20 УК должен быть освобожден от уголовной ответст-

венности. Несовершеннолетний с теми же признаками, но страдающий каким-либо психическим расстройством, подлежит уголовной ответственности и наказанию в соответствии со статьей 22 УК.

Кроме того, открытым остается вопрос, идет ли речь об особых психофизиологических (биологических) вариантах развития подростков, о состояниях, вызванных социальными факторами, или об их сочетании [Шишков С.Н., 1999]. Одни авторы предпочитают говорить о непатологической личностной незрелости, другие дополняют ее состояниями задержки развития вследствие соматической ослабленности или длительной депривации (лишение необходимых стимулов психического развития), случаями педагогической и социальной запущенности подростков и т.д. Специалисты отмечают, что не совсем ясна сама формулировка «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством» [Кудрявцев И.А., Морозова М.В., 1999], так как в нее могут быть включены как задержки развития, так и недоразвитие, поврежденное развитие или асинхрония, которая влечет за собой искажения развития [Лебединский В.Ф., 1985].

Представляется, что противоречия, возникающие при сопоставлении двух вышеназванных правовых новелл, могут быть сняты лишь при соблюдении определенных условий, складывающихся в некоторых гипотетических ситуациях:

- подразумеваемое законом отставание в психическом развитии является настолько выраженным, что нарушает произвольность поведения (способность не в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими) в большей степени, чем психическое расстройство, не исключающее вменяемость, что представляет собой медицинский критерий статьи 22 УК РФ. Как справедливо указывает С.Н. Шишков (1997), освобождение от наказания требует гораздо более существенного снижения указанной способности, близкого к ее утрате;
- данное отставание в психическом развитии не только имеет самостоятельное юридическое значение, но и не является следствием какого-либо психического расстройства, если даже последнее имеется. При этом характер и степень психического расстройства могут и не приобретать правового значения тогда, когда имеется выраженное отставание в развитии, определяющее «возрастную невменяемость» субъекта деяния, поэтому вопрос об отставании ставится независимо от наличия или отсутствия собственно психического расстройства. Подобный подход согласуется, например, с позицией И.А. Кудрявцева (1999), который указывает, что доказательство «вклада» каждого фактора в формирование отставания в психическом развитии и определение ведущей роли одного из них представляет собой самостоятельную экспертную задачу. При этом, по его мнению, недопустимо придерживаться «теоретической презумпции обязательного влияния на отставание психопатологического фактора без уточнения его конкретного "вклада", что обычно ведет к автоматической оценке этого отставания в психическом развитии как относящегося к разряду «связанного с психическим расстройством». Выход из правового тупика видится в том, чтобы распространить возможности применения части 3 статьи 20 УК РФ на несовершеннолетних, отставание в психическом развитии которых связано с сочетанным действием комплекса причин, не только социальных, но и психопатологических (биологических). В качестве инструмента данной экспертной методологии

предлагается использование функционального диагноза с многоосевым (полидименсиальным) анализом, позволяющим раскрыть и зафиксировать различную природу разнородных клинических проявлений, оценить патогенетичекий «вклад» каждого фактора в клиническую картину, выявить механизмы развития симптоматики и отклонений в интеллектуально-личностном развитии. Психические расстройства, отмечаемые в таком функциональном диагнозе, могут приобретать значение сопутствующих задержкам психического развития аномалий, наличие которых не может служить экспертным аргументом и формальным правовым поводом для отказа в применении части 3 статьи 20 УК РФ;

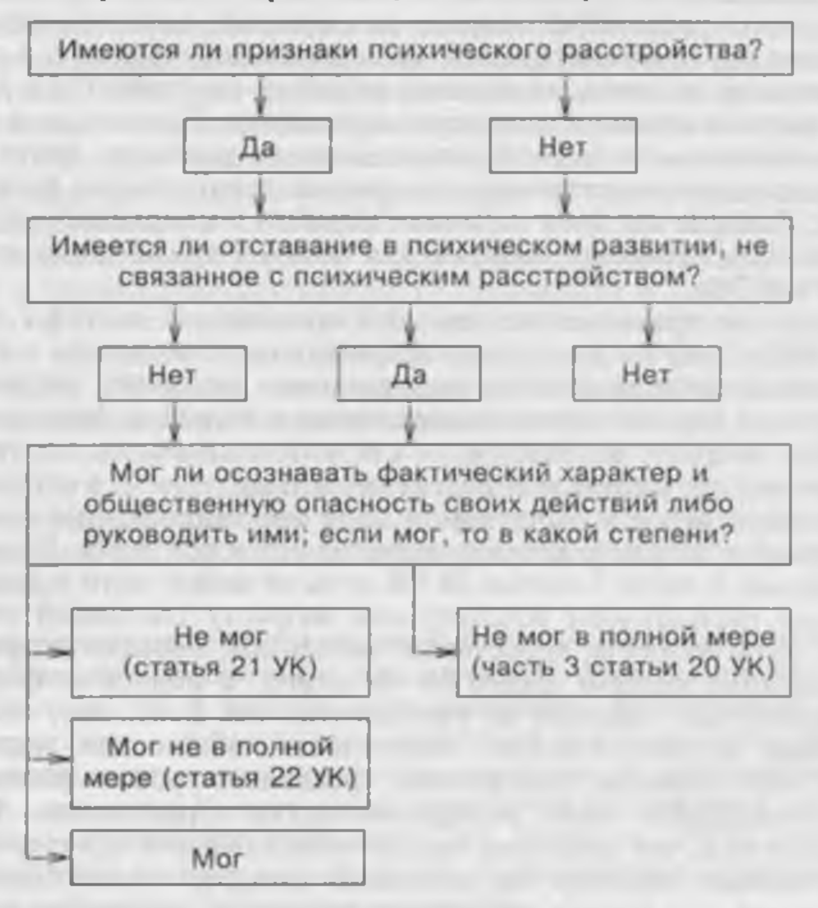
- при сходстве правовых последствий применения частей 1 и 3 статьи 20 УК РФ у лиц, не достигших возраста ответственности и отстающих в развитии, устанавливается существенное различие, заключающееся в том, что в первом случае определяющим является формальный паспортный возраст, во втором — степень незрелости, соотносимая с конкретной ситуацией и определенным поведением, в отношении которых отсутствуют в достаточной мере сформированные способности правильного их восприятия и сознательного контроля. Поэтому применительно к части 3 статьи 20 УК речь не может идти о соответствии развития паспортному возрасту или возрасту уголовной ответственности, хотя вопросы, адресуемые экспертам, нередко подразумевают исследование именно такого соответствия. В подобных формулировках экспертных заданий не учитывается тот факт, что, несмотря на типичные психологические особенности, общие для людей одного возрастного периода, определение «реального уровня» развития несовершеннолетнего имеет методологические ограничения. Последние связаны с тем, что критерии такого сопоставления могут носить лишь качественный характер, на основании которого можно диагностировать только сам период возрастного развития, иногда его фазу, но не паспортный возраст [Кудрявцев И.А., 1999]. Существенное отставание реального уровня развития от норм педагогической и возрастной психологии позволяет говорить о различных вариантах задержки психического развития (умственной отсталости и/или личностном инфантилизме). Однако конечная цель экспертов состоит не столько в определении периода возрастного развития, сколько в решении вопроса — мог ли несовершеннолетний с установленной психической отсталостью в актуальный период в ситуации совершения инкриминируемого ему преступления в полной мере осознавать фактическое значение и общественную опасность своих действий и мог ли он в полной мере руководить ими.

Сформулированные положения задают особый алгоритм экспертного исследования несовершеннолетних (схема 11.1), учитывающий возможную вариативность соотношения диагностических заключений и их экспертных следствий.

Как отмечают О.Д. Ситковская, М.М. Коченов, Л.П. Конышева (2000), отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, относится к области психологии (как правило, в таких случаях назначают судебно-психологическую экспертизу). Однако многие авторы настаивают на необходимости проведения комплексного экспертного исследования с участием специалистов более узкого профиля — психоневрологов, патопсихологов, сексологов, дефектологов и т.д.

Схема 11.1

Алгоритм экспертной оценки несовершеннолетних



Для определения уровня психической зрелости О.Д. Ситковская и соавт. (2000) предложили критерий, основывающийся на социально ориентированной управляемости поведения в ситуации выбора, т.е. критерий способности и возможности:

- подходить к выбору целей и способов действий, осознавая себя членом общества, а значит, и учитывать их последствия для других людей;
- осознавать причинно-следственные зависимости соответствующего варианта поведения;
- осознавать рассматриваемый вариант поведения как частный случай определенного вида и класса явлений, давая им социально ориентированные оценки;
- использовать механизм критичности при выборе варианта поведения;
- осуществлять решение о соответствующем варианте поведения, сохраняя управление им.

Таким образом, в этой формуле исследования указаны наиболее юридически значимые психические процессы — принятие решения, планирование и прогноз, контроль поведения, что соответствует предлагаемой схеме анализа регуляции поведения при сексуальных правонарушениях (см. главу 10).

Одновременно значимым становится и фактор степени сложности конкретной ситуации, в которой разворачивается реализация данных психи-

ческих процессов. Так, в сравнительно простых ситуациях рефлексия и саморегуляция у подростка могут оказаться актуально достаточными, в других, более сложных, будут неполными. Полнота же субъективного отражения будет зависеть от усвоенности соответствующей сферы значений, т.е. ценностей, «образцов целей», возможных форм поведения, принятых в культуре. При этом сознательным и свободным можно считать лишь тот выбор, который основан на адекватной оценке, учитывающей многообразные обстоятельства и связи, знание своих возможностей, личностных ресурсов, ценностного отношения к самому себе [Кудрявцев И.А., 1999]. Принимая во внимание специфику ситуации сексуального взаимодействия, определить возможности обвиняемого правильно и полно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими нельзя без исследования уровня психосексуального развития, в ходе которого происходит последовательное освоение личностных и социальных смыслов сексуальной активности. Тем более, что право само учитывает то обстоятельство, что способность к пониманию противоправности тех или иных девиантных сексуальных действий находится в определенной онтогенетической зависимости.

Е.Г. Дозорцева (2000), рассматривая судебно-психологический аспект аномального развития личности у подростков с криминальным поведением, предлагает учитывать следующие критерии: степень зрелости личности, характер социальной ориентации мотивационно-смысловой системы, дисгармонию индивидуально-психологических особенностей. Выделяя группу «несовершеннолетних сексуальных преступников с позитивными социальными установками», она предлагает следующие критерии ограничения возможности обвиняемого правильно и полно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими для подобных лиц: дисгармония личностных особенностей; девиации психосексуальной сферы; противоречие противоправного поведения общим социальным установкам и внутренний конфликт в связи с подобным действием (эгодистонический вариант); ситуативное внутреннее физическое и эмоциональное напряжение, отражающее необходимость реализации сексуального влечения; регресс регуляции действий со смыслового уровня на целевой (в рамках одного мотива, с обеспечением преимущественно операционального регулирования). Представляется логичной и перспективной дальнейшая разработка подобных критериев и для случаев, подпадающих под действие части 3 статьи 20 УК РФ.

Кодекс подразумевает дифференциацию ответственности в зависимости от объекта и характера противоправного сексуального поведения по отношению к разным возрастным периодам (табл. 11.1). Закон предъявляет различные требования к подросткам, находящимся на различных этапах психосексуального становления: с 14 лет формируется требование осознания в первую очередь неправомерности агрессивных действий, с 16 лет — учета недопустимой сексуальной активности, причем необязательно агрессивной, незрелости возраста объекта (до 14 лет), и только с 18 лет — ориентации уже на конвенциональные, социально задаваемые рамки даже нормативной сексуальной активности.

Таким образом, в отношении сексуальных преступлений оценка степени незрелости будет означать анализ сформированности тех структур личности, которые предопределяют возможность достижения осознания этих требований и способность следовать указанным требованиям. Такой подход будет помогать в раскрытии психологического содержания нижнего порога уголовной ответственности [Ситковская О.Д., 1998], достижение кото-

Таблица 11.1. **Возрастная невменяемость**

Возраст наступления ответственности	Объект преступления	Активность	Статья УК РФ
С 14 лет	Любой	Изнасилование (половое сношение с применением насилия или угрозой его применения)	131
	»	Насильственные действия сексуального характера	132
С 16 лет	»	Понуждение к действиям сексуального характера	133
	До 14 лет	Развратные действия без применения насилия	135
С 18 лет	До 16 лет	Половое сношение и иные действия сексуального характера	134

рого свидетельствует о потенциальной способности несовершеннолетнего действовать виновно. С психологической же точки зрения такая способность соответствует правильному отражению содержательной стороны своих действий, основывающемуся на информированности лица о сути данного правонарушения.

Личностные структуры, опосредующие сексуальное поведение, формируются на основе биологических предпосылок под влиянием психосоциальных факторов и обеспечивают адекватную регуляцию сложных социально опосредованных форм сексуального поведения человека. В связи с этим экспертное исследование должно включать анализ действий несовершеннолетнего в криминальной ситуации в сопоставлении с уровнем его психосексуального развития и ответ на вопрос — были ли субъективно представлены альтернативы реализованному варианту поведения?

Решение рассматриваемой задачи применительно к делам о сексуальных правонарушениям, т.е. в тех случаях, когда возрастает значение оценки психосексуального развития, облегчается при назначении сексолого-психологической экспертизы, поскольку именно сексология оперирует понятием сексуального дизонтогенеза как особой сферы характерных аномальных состояний, допускающих диагностику спектра вариантов отклонений развития.

Обращение в ходе комплексного экспертного исследования к вышеуказанному кругу расстройств в наибольшей степени соответствует сути части 3 статьи 20 УК РФ. Одновременно данные нарушения, представляющие особую область сексологических познаний, носят относительно автономный характер по сравнению с иными психосексуальными расстройствами, которые могут быть отнесены к перечню психических расстройств. Как известно, в МКБ-10 содержится рубрика F66 «Психические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией», которая не включает различные варианты асинхроний и нарушений темпов и последовательности психо- и соматосексуального развития. Не подпадают под рубрику F62 («Расстройства половой идентичности») и описанные в главе 5 нарушения половой идентичности, за исключением выраженных форм трансролевого поведения.

Таким образом, соблюдаются наиболее строгие условия применения данной нормы, подразумевающие размежевание между болезненными

(учитывающимися классификацией психических расстройств) и неболезненными, непатологическими видами личностной незрелости независимо от генеза последней (биологического, депривационного, психогенного или социального).

Следует добавить, что субъект должен иметь возможность оценки возникающего побуждения в контексте как собственных, так и существующих в обществе моральных норм, т.е. экспертиза должна установить — правильно ли несовершеннолетний понимал ситуацию правонарушения, в частности, осознавал ли наличие альтернативных выходов из нее, объективное содержание целей своих действий, предвидел ли прямые и косвенные результаты поступков, был ли способен оценивать собственное поведение с точки зрения действующих правовых норм и общепринятой морали; мог ли свободно выбирать как цели, так и способы их достижения, произвольно регулировать свое поведение.

Сомнение в способности несовершеннолетних обвиняемых осуществлять сознательную регуляцию поведения может быть основано не только на данных об отставании в психическом развитии, но и на оценке сложности ситуации, в которой действовал подросток. Недостаточное осознание своих действий, слабость волевого контроля за поведением иногда может объясняться вполне естественной для подростков ограниченностью жизненного опыта, легкостью возникновения некоторых эмоциональных состояний. Это положение приобретает особую актуальность в делах о сексуальных преступлениях, поскольку несформированность предпосылок для своевременного психосексуального развития может существенно ограничивать у несовершеннолетнего обвиняемого диапазон восприятия ситуации, связанной с его сексуальностью. Ограничение восприятия ситуации может касаться прогноза последствий осуществляемых действий, ошибки в понимании психического состояния жертвы, причин ее поведения. В этих случаях перед экспертами ставится вопрос, мог ли обвиняемый с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, но что не менее важно, как им в указанной обстановке воспринималось поведение потерпевшей, могло ли оно восприниматься как согласие на вступление в интимную близость, т.е., как поясняет О.Д. Ситковская, речь идет об исследовании в рамках психологической экспертизы способности обвиняемого правильно оценивать, понимать и интерпретировать состояние потерпевшей.

Таким образом, в экспертном исследовании несовершеннолетних обвиняемых по делам о сексуальных преступлениях важную роль приобретает анализ двух сфер: 1) эмоциональной — в аспекте ее роли в психосексуальном развитии, а также регуляции поведения в ситуации правонарушения; 2) психосексуальной — в аспекте сформированности половой идентичности, прежде всего усвоенности полоролевых стереотипов и возможности их влияния на поведение.

Эмоциональная сфера. Как отмечают многие исследователи, способность к эмоциональному сопереживанию, учету состояний, мнений, оценок других людей при достижении собственных целей формируется в онтогенезе. При этом достижение возраста уголовной ответственности не предполагает автоматически сформированной способности к адекватному пониманию состояния другого человека.

Исследователи часто отмечают недостаток эмпатических качеств у сексуальных насильников [Salter A.C., 1988; Marshall W.L., Barbaree H.E., 1990], что подтверждается и клиническими данными (см. главу 5). При об-

суждении проблемы дефицита эмпатии у насильников широко используют трехшаговую модель процесса переработки эмоциональной информации. Так, на первом этапе индивидуум должен воспринять эмоцию другого (этап распознания эмоции), на втором — переработать эмоцию (интерпретировать ее), на третьем формируется ответная поведенческая реакция на воспринятую эмоцию в соответствии со своими представлениями о распознанном эмоциональном состоянии. Описаны наиболее часто встречающиеся у насильников проблемы с распознаванием эмоций. Так, D.N. Lipton, E.C. McDonel, R.M. McFall (1987) отмечали, что насильники испытывают серьезные проблемы в распознании негативных эмоций других людей. S.M. Hudson и соавт. (1993), сравнивая насильников с другими заключенными, наблюдали существенные трудности у этой группы испытуемых в эмоциональном распознавании. N.M. Malamuth, L.M. Brown (1994) указывали, что насильники испытывают наибольшие трудности в оценке и понимании эмоциональных состояний у женщин, например рассматривают уверенное поведение как враждебное, а дружественное — как соблазняющее. Так, дружелюбное поведение женщины вследствие того, что она воспринимает мужчину как друга, потенциальным насильником может быть расценено как приглашение заняться сексом, и т.д. Описаны схемы умозаключений, выявленные у насильников, согласно которым все поведение женщины направлено на то, чтобы заняться сексом, или что подростки должны быть сексуально обольщаемы взрослыми.

Таким образом, в экспертное исследование несовершеннолетних обвиняемых по делам о сексуальных преступлениях должны быть включены психологические экспериментальные процедуры, позволяющие оценить потенциальную способность к распознанию и переработке эмоциональных состояний другого человека (см. главу 7). Однако способность к эмоциональному сопереживанию является и необходимым компонентом для нормального формирования различных этапов психосексуального развития.

Представления о полоролевых стереотипах. Оценка способности к полному осознанию ситуации невозможна без анализа ориентировки подэкспертного в «информационных объектах» [Ситковская О.Д., 1998], связанных с сексуальностью. Такими объектами может выступать понятие «гендерные схемы», которое в современной психологии пола отражает сформированность аспектов личности, связанных с половым самосознанием и участвующих в мотивационных процессах, принятии решений и планировании, а также в выборе репертуара поведения в ситуациях, относящихся к межполовому взаимодействию, сексуальному поведению.

Интерес к вопросам гендерной роли обусловлен гипотезой о влиянии этой структуры на некоторые психические процессы. Так, существует ряд работ, показывающих роль гендерной информации в коммуникации, принятии решений, восприятии, мнестических процессах и т.д. [Martin C.L., Halverson C.F., 1981; Levy G.D., 1989; Martin C.L., 1993; Cherney I.D., Ryals B.O., 1999]. В соответствии с этими исследованиями гендерная схема участвует в: 1) процессах регуляции поведения, 2) селективном восприятии определенной информации (имеющей отношение к полу), 3) процессе принятия решений и анализе информации.

В исследовании I.D. Cherney, B.O. Ryals (1999) показано, что дети в возрасте от 3 до 6 лет лучше запоминают объекты (игрушки), соответствующие своему полу; взрослые испытуемые четче и лучше воспринимают, сохраняют и воспроизводят информацию, соответствующую собственному полу, по сравнению с информацией, соответствующей полу противоположному. Кроме того, авторы отмечают, что с возрастом увеличивается участие ген-

дерных стереотипов в различных психических процессах. Так, выявлено, что между мальчиками и девочками в возрасте 3 лет нет достоверных статистических различий по показателю более успешного запоминания гендерной информации. Однако у 6-летних испытуемых наблюдается достаточно устойчивая тенденция, демонстрирующая существенные различия в переработке информации, связанной с соответствующим испытуемому полом. Полученные результаты свидетельствуют о том, что адекватно сформированная гендерная схема определяет успешность запоминания наиболее привычных объектов (соответствующих полу), упрощает процесс принятия решения и регуляции поведения в ситуациях, требующих участия полоролевых стереотипов.

Итак, если формирование гендерной схемы (т.е. представлений и полоролевых стереотипов) нарушено, то возможность ее участия в процессах восприятия и понимания информации, связанной с полом (в том числе и сексуального характера), в принятии решений и регуляции поведения будет существенно ограничена. Однако можно сделать вывод, что сформированность представлений о полоролевых стереотипах является необходимой, но недостаточной предпосылкой для участия в обеспечении различных психических процессов. Помимо сформированности представлений, существенную роль играют эмоциональное отношение к этому стереотипу, включенность полоролевого стереотипа в систему полоролевых предпочтений, соотнесенность стереотипа противоположного пола с системой сексуальных предпочтений и идентификация со стереотипом, соответствующим собственному полу.

В ряде работ сторонников социального научения отражена бóльшая агрессивность мальчиков по сравнению с таковой девочек, но исследователи объясняли это разными для первых и вторых социально одобряемыми моделями поведения. Свое согласие с ними высказывали E. Maccoby, C. Jacklin (1974), которые на основе анализа некоторых экспериментальных исследований сделали вывод, что в первые годы жизни ребенка нет различий в частоте и продолжительности отрицательных эмоциональных реакций у мальчиков и девочек, но с возрастом их частота и интенсивность у мальчиков возрастают, а у девочек — убывают. Этот факт авторы пытались объяснить тем, что девочки, имея те же агрессивные тенденции, что и мальчики, боятся их проявить из-за возможного наказания, в то время как к агрессии мальчиков окружающие относятся более благосклонно. Другие исследователи утверждают, что девочки по сравнению с мальчиками более боязливы и застенчивы, не уверены в своих силах, более эмоциональны и конформны, легче подвергаются фрустрациям, менее активны, поэтому якобы не стремятся к лидерству [Репина Т.А., 1987].

В теории социального научения типичное для пола поведение определяется как поведение, которое вознаграждается по-разному в зависимости от соответствия полу. Забота взрослого о ребенке также способствует подражанию. При этом подражание модели не обязательно подкреплять у самого наблюдателя, чтобы в его поведении возникали соответствующие изменения. Достаточно, если наблюдатель увидит, что соответствующее поведение ребенка поощряется взрослым.

Вопреки традиционной теории идентификации, согласно которой ребенок принимает одного из членов семьи в качестве модели и отождествляет себя с этой моделью, представители теории социального научения [Perry D.G., Bussey K., 1979] утверждали, что моделью своего пола, которой ребенок подражает, является некоторая абстракция, созданная им на основании многих наблюдений над соответствующим этому полу поведением. Ребенок подражает модели в той мере, в какой он считает ее поведение

соответствующим полу. Меньше внимания при этом уделяется подражанию конкретным лицам. Этот аргумент подтверждается экспериментальными исследованиями. J.C. Masters и соавт. (1979) выяснили, что пол модели не оказывал прямого влияния на подражание детей ее поведению. Важным фактором, влияющим на предпочтение того или иного поведения и подражание ему, является вербальная информация о соответствии поведения полу. Соответствие поведения половой роли также имеет большое значение при подражании [Коломинский Я.Л., Мелтсас М.Х., 1985].

В контексте когнитивно-генетической теории рассматривается и проблема усвоения соответствующих стереотипов. Несмотря на то что родители могут влиять на полоролевые стереотипы ребенка, маловероятно, что эти стереотипы являются лишь результатом научения [Kohlberg L.A., 1966]. C.L. Martin, C.F. Halverson (1981) предполагают, что полоролевые стереотипы существуют в виде схем, посредством которых организуется и структурируется информация. Половая типизация происходит благодаря тенденции к группировке информации. Это позволяет детям перерабатывать информацию более широкого объема и способствует установлению их половой идентичности. Таким образом, половая стереотипизация рассматривается как нормальный процесс, что противоречит взглядам многих авторов, которые считают, что половые стереотипы вредны, так как они чересчур упрощают ощущение реальности и ограничивают развитие личности. Эти авторы предполагают, что если человек научится стереотипной роли женщин и мужчин, то его поведение и размышления значительно оскудеют.

Как отмечают многие специалисты, на формирование гендерной схемы влияет своевременность сексуального развития, которое является необходимой предпосылкой оценки сексуального характера совершаемых другим субъектом действий и т.д. Следует отметить, что представления, связанные с полом, на каждом этапе психосексуального развития претерпевают определенные изменения, участвуют в решении различных задач.

Это подтверждается и данными о связи способности к восприятию гендерных качеств у несовершеннолетних жертв сексуального насилия [Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Догадина М.А., 1999]. В частности показано, что способность к восприятию гендерных качеств становится более дифференцированной у потерпевших, находящихся на более поздних этапах психосексуального развития, что согласуется с большей полнотой понимания сексуального характера действий насильника.

Таким образом, отдельные психические процессы, качества, функции, состояния следует рассматривать в контексте психосексуального развития с точки зрения: 1) овладения задачами, которые решает субъект на том или ином этапе сексуального развития; 2) актуального уровня психосексуального и личностного развития субъекта, которое результирует всю предшествующую историю развития индивидуума.

На каждом из этапов психосексуального развития происходит овладение определенной задачей/функцией, связанной с сексуальным поведением. Адекватное овладение этой задачей является предпосылкой для гармоничного протекания следующего этапа.

Каждая фаза подчинена взаимодействию биологических и социально-психологических факторов (табл. 11.2). На каждом этапе существует определенная фазность — фаза формирования установки предшествует фазе реализации. На первой фазе происходят формирование одного из компонентов гендерной схемы (когнитивный аспект) и выработка отношения к этой схеме (эмоциональный аспект), на второй — овладение способами решения релевантных данному этапу задач и закрепление их.

Таблица 11.2. **Онтогенетическая этапность становления сексуальности**

Фазы	Этапы		
	полового самосознания (0—6)	полоролевого поведения (7—12)	сексуальных ориентаций (12—21)
Установки (когнитивный)	Понимание необратимости принадлежности к определенному полу	Выработка представлений о паттернах полоролевого поведения (как ссбя обычно ведут мужчины и женщины)	Выработка представлений о сексуальной привлекательности, формирование представлений об определенном сексуальном объекте и способах взаимодействия с ним (соотнесение их с культурально обусловленными эталонами, сексуальное партнерство)
Установки (эмоциональный)	Выработка эмоционального отношения к образу своего пола	Выработка эмоционального отношения к этим паттернам	Выработка эмоционального отношения к этим объектам, способность к сопереживанию
Реализации (поведенческий)	Игровое поведение, селективное восприятие информации, связанной с полом	Выбор групп референции, предпочтение определенных форм поведения	Отработка задач, связанных с привлечением внимания, процедурой ухаживания и т.д., взаимопониманием
Предмет исследования	Идентификация с той или иной половой ролью, влияние собственной половой принадлежности на восприятие информации, участие полоролевой идентичности в регуляции поведения	Знание о половой роли (когнитивная дифференцированность), эмоциональное к ней отношение, включенность ее в сферу личностных смыслов	Представления об объекте сексуального предпочтения (когнитивный, эмоциональный аспекты)

В завершение последнего этапа при условии гармоничного/своевременного прохождения всех этапов субъект имеет возможность бесконфликтного (конструктивного) решения различных задач, связанных с половым общением/сексуальным взаимодействием, однако необходимой предпосылкой для такого формирования является достаточный уровень психического и личностного развития (т.е. субъект способен к социально опосредованным формам поведения с полимотивированным характером сексуальной активности).

Нарушение определенного этапа может вызывать асинхронию развития и трудности решения задач, связанных с полом. Соответственно и другие этапы, осуществление которых базируется на предыдущих, могут формироваться дисгармонично. При адекватном онтогенетическом развитии сексуальной сферы субъект своевременно проходит необходимые этапы с опытом решения определенных задач. При нарушениях этапов развития субъект может в дальнейшем испытывать значительные затруднения в ситуаци-

ях, требующих решения жизненных задач, которые для него связаны с неразрешенными конфликтами.

Таким образом, асинхрония, задержки психосексуального развития могут влиять на способность понимания и регуляции поведения — она может быть ограниченной (в связи с несформированностью биологических предпосылок, ограниченностью социальных условий, психического развития). Нарушения регуляции сексуального поведения связаны прежде всего с его недостаточным социализированным характером.

Направленное психологическое исследование сексуальной сферы позволяет оценить степень сформированности гендерных схем и эмоциональности в аспекте психосексуального развития, а учет данных сексологического и нейропсихологического анализа позволяет составить представление о роли дизонтогенетических нарушений в регуляции противоправного поведения.

М., 17 лет (1980 г.р.). Обвиняется в том, что 13.02.97 г. совместно со своим несовершеннолетним другом С. в состоянии алкогольного опьянения силой завели Н., 1980 г.р., в дом к испытуемому, где совершили с ней насильственные половые акты во влагалище и в рот, а затем убили ее. Во время совершения половых актов испытуемый избивал ее руками и ногами, ножом разрезал ей блузку, срезал волосы с головы и лобка. Нанес ей 5 ножевых ранений в область шеи, сердца и низа живота, а затем отсек левую молочную железу. 7.03.98 г. совместно с С. в состоянии алкогольного опьянения совершил попытку изнасилования Ш., 1981 г.р. При сопротивлении последней жестоко избивал ее, а когда потерпевшей удалось вырваться, похитил оставленные ею шапку и куртку.

Из материалов дела и со слов испытуемого известно, что он родился вторым ребенком в семье. Отец много лет злоупотреблял алкоголем. М. характеризует его как вспыльчивого. В 12 лет из-за плохого поведения и низкой успеваемости был первый раз наказан отцом физически, после чего появилась злость на него; затаил обиду, мечтал отомстить. Когда испытуемому было 15 лет, отец уехал в Бурятию «на заработки». Отсутствие известий, писем от отца вызвали у него сначала тревогу, а после того, как узнал, что у отца появилась новая семья, — злость и негодование. Стал фантазировать, как отомстить отцу. Однажды написал ему письмо, в котором угрожал убийством. Мать характеризует спокойной, выдержанной; считает, что был к ней ближе. Она уделяла ему много внимания, потакала всем желаниям. Старший брат также злоупотребляет алкоголем, склонен к жестокости, сейчас отбывает наказание за самовольное оставление воинской части. Был очень привязан к брату — он помогал ему делать уроки, учил драться, называя это «физической закалкой», убеждал его, что необходимо быть жестоким. До 11 лет любил играть с братом в «солдатики». Описать эти игры затруднился, но помнит, что предпочитал их всем прочим занятиям: «просто расстреливали солдат иголками, никаких сражений не разыгрывали», играли по 2—3 ч. Не одобряет его самовольного ухода из армии, однако в остальном считает очень хорошим человеком, говорит, что хотел бы быть похожим на него. В 7 лет была травма головы. До 10 лет боялся темноты. Энурез до 11 лет. В 1994 г. сотрясение мозга, якобы лечился в больнице, травму получил в драке; наблюдались головокружение, рвота, тошнота. В детском саду обращал на себя внимание застенчивостью, дома был капризным. В школе отличался неуверенностью в себе, стеснялся отвечать на уроках. С 10 лет учеба перестала интересовать, начал пропускать уроки, гулял с приятелями, играл в карты. С одним из приятелей совершил несколько мелких квартирных краж. С 12 лет стал более грубым, раздражительным; примкнул к компании старших подростков и взрослых с алкогольными наклонностями и криминальным опытом. По его словам, «учился у них жизни», вместе вымогали деньги у случайных лиц, «занимался рэкетом». С учителями были конфликты: мог встать и выйти посреди урока, так как «было скучно или не было настроения». «По силе» в классе был вторым, дрался охотно, в драках бывало, что «терял над собой контроль», его «оттаскивали». В компании подростков имел кличку «Наглый».

Сексологическое обследование. В детстве играл и с мальчиками, и с девочками. Из ролевых игр вспоминает игру «в доктора», однако подробностей не помнит. В возрасте 4—6 лет был интерес к половым органам девочек — рассматривали, ощупывали «друг у друга», однако ничего особенного не чувствовал и подробностей не запомнил. Друзья были всегда, однако предпочитал ребят старше лет на 5, с ними было интереснее, чем со сверстниками. В 9—11 лет отрицательно относился к девочкам, старался не общаться с ними, бывало, что «лупил» их. С 6 до 8 лет занимался самбо, прекратил из-за переезда на другое место жительства. В 8—9-х классах увлекся боксом. Девочки стали нравиться с 12 лет, провожал до дома, покупал «подарки, шампанское». С одной девушкой на 2 года старше в течение полугода встречался, отношения прервались, потому что она узнала, что он «ходит к девицам легкого поведения» (с ней половых контактов не было — «не давала», но он за это на нее не обижался). Не настаивал на половых контактах, так как рассчитывал, что она выйдет за него замуж; говорит, что разрыв с ней переживал, но не очень. В этом же возрасте начал целоваться. Говорит, что поцелуи и ласки нравились, однако занимался этим в основном потому, что это нравилось девочкам. Нравились обычно девочки старше на 3—5 лет, «не смущался этого, так как я выглядел старше своих лет». С 11—12 лет видел сны, в которых были половые акты с девушками, однако редко. Мастурбация с 14 лет, додумался сам, эякуляция со второй попытки; частота их при воздержании от половой жизни — ежедневно, с эксцессами до 2—3 в сутки. Первая эякуляция, со слов испытуемого, при половом акте в 12 лет. Никогда больше одного полового акта за сутки не проводил. Первый половой акт в 12 лет с 15-летней, по ее инициативе, в состоянии алкогольного опьянения, оценивает как успешный. Всего было около 15 девушек, в большинстве случаев наблюдались эпизодические контакты; в состоянии сильного опьянения иногда не мог добиться семяизвержения. С 12 лет нравилось топить кошек: когда видел их судороги в воде, «как-то успокаивался». Всего утопил около 15 кошек. Говорит, что ненавидит кошек (хотя дома «терпел»). Собак любит и никогда даже мыслей не было причинить им боль. Иногда в плохом настроении наносил самоповреждения — резал ножом руку; вид крови, боль «как-то успокаивали, было ощущение какого-то удовлетворения». С 13—14 лет видел часто сны трех видов: первые — он свидетель групповых половых актов, испытывал сексуальное возбуждение; вторые — он отсекает незнакомому мужчине голову мечом, и третьи — он вонзает нож в спину незнакомой девушке. После последних двух просыпался в страхе, в течение какого-то времени не мог понять, сделал ли он это или это ему приснилось. Когда понимал, что это был сон, испытывал облегчение. Поллюции во время этих снов отрицает. В то же время отмечает, что во снах, когда пронзал ножом спину девушке, ощущал какое-то удовлетворение, сходное с тем чувством успокоения, когда топил кошек.

Соматическое состояние. Оволосение лобка с 13 лет, тенденция к горизонтали. До сих пор не бреется, единичные пушковые волосы на подбородке. Гинекоморфия (ИТ 67); РЕ = 103,17.

Психическое состояние. Выглядит моложе своего возраста. При беседе сидит сначала в закрытой позе, затем расслабляется, однако жестикуляция, мимика остаются бедными. Когда речь заходит о его физической силе, способности много выпить спиртного, успехе у девушек, то расправляет плечи, поднимает голову. Голос несколько монотонный, со сглаженными модуляциями, эмоционально в основном не окрашивается; исключением явился рассказ о том, что мать от него отказалась. При вопросах о его сексуальной жизни несколько смущается, пытается уходить от подробностей, однако затем рассказывает, в описаниях крайне мало эмоциональных характеристик, нет оживления невербального поведения; в основном описывает факты. Настроение снижено, говорит, что для него все кончено. Во время нахождения в СИЗО были мысли «наказать себя», покончить с собой. Мышление со склонностью к обстоятельности, суждения конкретные, словарный запас соответствует полученному образованию, однако обращает на себя внимание крайне бедное описание своих и чужих эмоций, личностных характеристик. Заявляет, что «человек — беспомощное, беззащитное существо, слабее куренка»; добавляет, что моральное или физическое унижение человека всегда доставляло ему удовольствие. Уверяет, что своей внешностью и физической силой всегда был доволен. Содеян-

ного не отрицает, отмечает, что после ареста ему было даже жаль потерпевшую, но теперь у него нет жалости ни к себе, ни к ней. Не помнит, что отрезал грудь Н., признает, что срезал волосы с лобка и головы жертвы, изрезал ножом блузку, а зачем — объяснить не может. Когда наносил удары ножом Н., то испытывал «какое-то успокоение». После убийства дома спал спокойно (после принятия большой дозы алкоголя), на следующий день проснулся с сомнением, приснилось ему или он на самом деле сделал это, и только после встречи с С. полностью поверил в случившееся. Не помнит полностью свои эмоциональные переживания во время деликтов: иногда была злость, иногда сексуальное возбуждение. Утверждает, что ни при одном сексуальном контакте при деликтах семяизвержения не было.

Нейропсихологическое обследование. Испытуемый несколько небрежен, демонстративен, не проявляет интереса к исследованию; выраженные эмоциональные реакции на ситуации успеха/неуспеха при выполнении экспериментальных заданий практически отсутствуют; вместе с тем выполняет все предложенные пробы. Большинство ошибок корригируются лишь после указания на них экспериментатором и повторения, разъяснения инструкции. Спонтанная активность в ходе исследования несколько снижена, речь носит преимущественно реактивный характер. Общий темп деятельности слегка снижен, отмечаются феномены перцепторного невнимания (выпадение, игнорирование единичных элементов фигуры Тейлора при копировании), колебания объема воспроизведения следов слухоречевой памяти, феномены нарушения избирательности мнестических процессов. Наблюдаются трудности усвоения и удержания инструкции, что в наибольшей степени характерно для выполнения проб на исследование динамического праксиса и мышления. Патологическая инертность возникших стереотипов наиболее отчетливо выступает в пробах на динамический праксис: отмечаются неконтролируемое воспроизведение одного и того же элемента, устойчивые привнесения из предыдущих проб при непосредственном воспроизведении вербального материала (слухоречевая память). Мышечный тонус обеих рук несколько повышен. Отмечается тенденция к эхофеноменам (зеркальное копирование эталонных поз в пробах на праксис поз по зрительному образцу). Выявляются трудности подбора позы при переносе с одной руки на другую с некоторым преобладанием дефицита левой руки. Наблюдается первичное нарушение реципрокной координации, недоступность адекватного выполнения соответствующей пробы, даже при незначительном повышении темпа. Отмечаются выраженное нарушение усвоения и удержания серийной моторной программы, трудности переключения — упрощение программы действий, двигательные персеверации. Имеются единичные ошибки в пробах на дермолексию («чувство Ферстера»). Можно говорить о наличии тенденции к актуализации феномена застывания, наиболее выраженной при выполнении проб без контроля зрения. Непосредственное воспроизведение следов грубо нарушено вследствие дефицита избирательности слухоречевой памяти: отмечаются привнесения из предыдущих проб, неконтролируемое воспроизведение одного и того же элемента, нарушение заданного порядка элементов, множественные литеральные парафазии. Выявлены колебания в объеме и адекватном воспроизведении материала. Объем зрительной памяти в пределах нижней границы нормы, отмечаются нарушения избирательности следов: нарушение порядка, наличие параграфий. Прочность зрительной памяти несколько снижена. При анализе динамики непосредственного воспроизведения отмечается некоторая тенденция к плато-феномену. При исследовании зрительного гнозиса обращают на себя внимание хаотичность, отсутствие четкого порядка при назывании (восприятии) зрительного стимульного материала, отмечается неверное называние предмета (его изображения), что в данном случае связано с недостаточностью механизма избирательности при экфории слов — наименований предметов с рядом общих признаков (часы — телефон с наборным диском), возможной актуализацией механизма патологической инертности раз возникших стереотипов; определенной тенденцией к фрагментарности восприятия (т.е. недостаточность фактора симультанного синтеза). При исследовании метрических представлений выявлены нестыковки линий, тенденции к несоблюдению пропорций; данные нарушения более отчетливы при отсроченном воспроизведении фигуры Тейлора. При анализе проекционных представлений обращает на себя внимание

невозможность адекватного выполнения самостоятельного рисунка куба, стола, хотя копирование доступно, что может свидетельствовать о недостаточной сформированности проекционных представлений. Стратегия оптико-пространственной деятельности пофрагментарная. Допускаются множественные ошибки при восприятии времени на часах с «немым» циферблатом, при этом специфичен характер ошибок (неточность указания положения стрелок на одно, два часовых деления). Выявляются определенные трудности в понимании логико-грамматических конструкций. Спонтанная речь испытуемого бедная, невыразительная, преимущественно реактивного характера. Отмечаются литеральные парафазии на следах памяти.

Психологическое исследование. Испытуемый доступен контакту, легко включается в беседу. Темп работоспособности ровный, не испытывает трудности при переключении с одного задания на другое, признаков истощаемости и утомляемости не наблюдается. Полоролевая идентичность характеризуется значительной выраженностью маскулинных и слабой выраженностью фемининных полоролевых черт (маскулинный тип по МиФ). Стремится демонстрировать мужчинам гораздо более маскулинно выраженные качества (по сравнению с «Я-реальным»), что может отражать защитный характер «Я-образа» испытуемого в ситуациях взаимодействия с мужчинами. Следует отметить, что «Я-реальное» испытуемого совпадает с тем, каким он выглядит, по его мнению, в глазах женщин, что может отражать зависимость полоролевой «Я-концепции» испытуемого от оценок окружающих его женщин, и отражать ее «фасадный» и защитный характер. Представления о том, каким должен быть мужчина, характеризуются сильно выраженными чертами маскулинности, что может отражать доминирование внешних формальных представлений о мужской половой роли (методика МиФ). При этом испытуемый демонстрирует стремление к знакомым ему полоролевым стереотипам мужской половой роли (близость образов «Я-идеальное» и «Мужчина должен быть...»). По данным методики «Кодирование» отмечается отсутствие эмоциональной идентификации с образом мужчины, в то время как испытуемый устанавливает устойчивые семантические связи между понятиями «Я-женщина» («квадрат» — «все люблю держать при себе», в графе «геометрическая фигура») и «Я-ребенок» («клоун всех смешит»), что может отражать диффузный и недифференцированный характер половозрастной идентичности. Представления о психологических различиях мужчины и женщины слабо дифференцированы (по данным рисуночных методик, а также по методике «Кодирование», где при «закодировании» испытуемым понятий «мужчина» и «женщина» выявляется их пересекаемость). Выявлена негативная эмоциональная окраска образа «мужчина» — «колючка, опасная, но неуязвимая» (травянистое растение) в методике «Кодирование». Кроме того, при выполнении методики ЦТО испытуемый устанавливает ассоциативные связи между понятиями «мужчина» — «страх» — «преграда» — «неудовольствие» — «секс» — «угроза» — «непривлекательность» (черный цвет). Образ реального сексуального партнера недифференцирован по полоролевым качествам и характеризуется значительной степенью выраженности маскулинных и фемининных черт. При выполнении методики ЦТО выявляются аффективная насыщенность и эмоциональная нестабильность понятий «мужчина», «женщина», «Я», что может отражать неустойчивость переживания образа «Я» и вероятную конфликтность представлений о полоролевых нормативах. Восприятие образа женщины характеризуется формальностью, подчеркиваются внешние характеристики — «одежда, платье носит» (в методике «Кодирование» графа «неодушевленный предмет»). При выполнении модифицированного теста «Руки» выявляется фиксированность испытуемого на незавершенных деструктивных образах-переживаниях, а именно акцентирование внимания испытуемым на процессе агрессивного действия («рука бьет, изображена в момент удара...»), фиксация на аффективных подавленных переживаниях («рука сжата в кулак, чтобы сдержать злость»). На фоне этого ярко выражены аутоагрессивные тенденции — «на руке видно, что человек вскрывал вены...», «руку сжимает, ногтем в палец надавливает, чтобы боль сдержать». По данным методики «Рисунок человека» выражены трудности эмоционального контакта с окружающими (испытуемый изображает человека с маскообразным лицом, без прорисовки глаз, зрачков).

Таким образом, исследование свидетельствует о диффузном и недифференцированном характере половой идентичности испытуемого, фасадной гипермаскулинной полоролевой идентичности, носящей защитный характер со стремлением к следованию гипермаскулинным стереотипам; отмечаются диффузность и конфликтность представлений о полоролевых стереотипах, низкий уровень способности к эмоциональному сопереживанию, фиксированность на агрессивно-окрашенных садистических образах-переживаниях, аутоагрессивные тенденции.

Заключение сексолога. Сочетание признаков опережения психосексуального развития в виде раннего начала половой жизни (в 12 лет), редукция платонической и эротической фаз либидо с признаками невыраженной ретардации соматосексуального развития в виде гинекоморфии, задержки оволосения подбородка, оволосение лобка с тенденцией к горизонтали, отсутствие эксцессов при половых актах свидетельствуют о сложной дисгармонии пубертата.

Отсутствие предпочтения пола партнеров в играх в раннем детстве, предпочтение старших сверстникам свидетельствуют о нарушении становления половой идентичности, которое в период формирования половой роли проявляется в виде стремления к занятиям силовыми видами спорта, алкоголизации, физическому и психическому унижению других, в виде промискуитета, что может быть расценено как проявление гиперролевого поведения.

Стереотипность действий — вонзание ножа — как в идеаторной активности (сны), так и в реализации, деперсонификация объекта (в снах не видит лица, при совершении преступления наблюдается непонимание эмоционального состояния жертвы), с получением эффекта релаксации и удовлетворения дает возможность предполагать формирование садистических тенденций. Самодеструктивные действия также с целью достижения эффекта релаксации, мысли «получить наказание» можно расценивать как мазохистические тенденции.

Имеются некоторые факты, заставляющие критически относиться к сведениям, сообщаемым испытуемым: так, явное предпочтение общения как с мальчиками, так и с девочками старше по возрасту. Отсутствие опережения в его интеллектуальном развитии позволяет заподозрить определенную сложность в контактах с ровесниками; явная фиксация на достаточно формальных и в то же время эмоционально значимых, предпочитаемых играх с братом в возрасте до 11 лет также наводит на мысль о наличии проблемы коммуникабельности испытуемого в детстве. Ранняя (с 11 лет) алкоголизация подтверждает предположение о его своеобразной аутизации. Затруднения в контактах, очевидно, связаны с плохо развитой способностью воспринимать (по крайней мере вербализовать) эмоциональные аспекты отношений с людьми и восприятие их как личностей. Кличка «Наглый», данная ему в подростковой компании (с учетом его предпочтения старших по возрасту), показывает необычно высокий уровень притязаний на лидерство, носящий, возможно, в значительной мере компенсаторный характер.

Необычно раннее стремление к силовым видам спорта (занятия самбо в 6 лет и затем боксом) позволяет предположить наличие определенных проблем либо со способностью противостоять агрессии, либо с физическим обликом.

Фиксацию на деструктивных действиях с кошками с 12 лет с декларацией негативного отношения к ним можно расценивать как феномен, иллюстрирующий облегченность контактов с животными по сравнению с людьми, и уже здесь формируется получение своеобразного удовлетворения, релаксации от вида мучений животных, что фиксируется сознанием. Другой вид релаксации, применяемый испытуемым в этом возрасте, — самоповреждения. С начала становления либидо сексуальные отношения лишены эмоциональной насыщенности, формирование относительно длительной привязанности (платонического либидо) протекает независимо от сексуальных контактов, которые начались без внутренней потребности (по инициативе партнерши). Сексуальное либидо, по сути, пробуждается лишь в 14 лет при начале мастурбации, причем тот факт, что эксцессы отмечаются только при онанизме, но никогда при половых актах, говорит о выраженности аутоэротического компонента. Вызывает сомнение и факт первой эякуляции при половом акте, если даже при онанизме семяизвержения удалось добиться только со второй попытки. Информации испытуемого о многократных половых связях доверять можно с ого-

воркой, учитывая не только подростковую склонность к преувеличению, но и вышеприведенный факт. Выраженное сексуальное возбуждение отмечается при снах с групповым сексом, в которых испытуемый является зрителем (не участником), что свидетельствует о проблемах как с выбором объекта, так и с инициативой в сексуальных отношениях. Другие два вида снов заслуживают отдельного внимания. Сюжет отсечения головы мужчине отражает не только негативное отношение к мужскому полу, но и стремление избавиться от контроля со стороны разума. Сон о вонзании ножа в спину девушке имеет особое значение, так как кроме страха сопровождается чувством удовлетворения, сходным с успокоением при утоплении кошек. Очевидны три вида ассоциаций: зритель группового секса (пассивная роль) — сексуальное возбуждение, обезглавливание мужчины — страх, ранение в спину женщины — страх, но и удовлетворение, релаксация.

Реализация третьего вида ассоциации прослеживается при убийстве Н., причем со сходным эмоциональным эффектом. Можно выделить три вида действий отчетливо символического характера: 1) отрезание левой груди, волос с головы жертвы, резание блузки — уничтожение символов женщины; 2) срезание волос с лобка — уничтожение признаков возраста; 3) нанесение ударов кулаком и ножом — лишение признаков жизни. Представляется целесообразной интерпретация этих видов поведения как ликвидации соответствующих дихотомий (см. главу 5).

Таким образом, на клиническом уровне предиспозиционные нарушения в рассматриваемом примере складываются из двух видов — психопатологических (аутизация, снижение эмпатии) и сексологических (сложная дисгармония пубертата и расстройства половой идентичности).

Заключение нейропсихолога. В целом картина нейропсихологических нарушений представлена полиморфной симптоматикой парциального характера, при этом на первый план у испытуемого выступают нарушения в сфере двигательных функций и избирательности мнестических процессов. Грубое нарушение динамического праксиса с трудностями переключения, явлениями упрощения моторной программы, первичное нарушение реципрокной координации, тенденция к эхопраксии и актуализации феномена застывания, устойчивые привнесения из предыдущих проб, неконтролируемое воспроизведение одного и того же элемента при непосредственном воспроизведении следов слухоречевой памяти, тенденция к плато-феномену в динамике непосредственного воспроизведения следов зрительной памяти указывают на выраженный дефицит префронтальных отделов головного мозга, недостаточность медиобазальных лобных структур, а также на дефицит межполушарного взаимодействия на уровне передних отделов мозолистого тела, что может свидетельствовать об относительной функциональной автономии (разобщенности) лобных отделов полушарий.

Дефицит кинестетического звена двигательных функций, несколько более выраженный на левой руке, позволяет сделать вывод о функциональной недостаточности теменных отделов коры с правополушарным акцентом; определенная недостаточность пространственных (метрические, структурно-топологические, проекционные; характерные ошибки при назывании времени на «немом» циферблате) и квазипространственных представлений; легкая тенденции к фрагментарности восприятия служат подтверждением дефицита задних отделов правого полушария.

Некоторый дефицит нейродинамической составляющей психических процессов, носящий парциальный характер (дефицит избирательности мнестических функций, элементы перцепторного невнимания, тенденция к колебаниям объема непосредственного воспроизведения следов слухоречевой памяти, некоторое повышение мышечного тонуса) свидетельствует о нарушении подкорково-корковых взаимодействий.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют предположить наличие: 1) выраженной функциональной недостаточности преимущественно передних отделов коры головного мозга, медиобазальных лобных и височных отделов; 2) выраженной недостаточности межполушарного взаимодействия прежде всего на уровне передних отделов мозолистого тела; 3) некоторого дефицита теменных структур с правополушарным акцентом.

В отношении предположения о генезе выявленных расстройств следует отметить: наиболее вероятно, что данная структура нарушений психических процессов является следствием церебрального дизонтогенеза — искаженного функционального развития, недоразвития мозговых систем в условиях дефекта. При этом нельзя исключать влияния патогенных факторов более позднего возраста (алкоголизация, черепно-мозговые травмы), которые могли усугубить наблюдаемые нарушения, прежде всего через патологическое влияние на нейродинамические факторы, однако вряд ли их можно считать основными детерминантами выявленных нарушений. «Заинтересованность» медиобазальных отделов головного мозга может свидетельствовать о наличии у испытуемого повышенной готовности к актуализации измененных состояний сознания под воздействием различных факторов.

Таким образом, на нейропсихологическом уровне структура предиспозиционных нарушений позволяет говорить о недостаточности преимущественно произвольной регуляции деятельности при относительно более сохранных механизмах непроизвольной активности.

Заключение психолога. На основании проведенного психологического исследования можно выделить специфические особенности полового самосознания и эмоциональной сферы, нашедшие свое отражение в регуляции сексуального поведения испытуемого в криминальной ситуации. Выявляется конфликтность самосознания и, в частности, такой ее составляющей, как полоролевая идентичность. Отсутствие идентификации с образом «мужчины» (обнаружена идентификация преимущественно с образами «женщины» и «ребенка») может отражать конфликтный характер между «фасадной» (гипермаскулинной) и реальной идентичностью. Об этом также свидетельствует амбивалентность эмоционального отношения к «мужской» роли (с одной стороны стремление к знаемым гипермаскулинным стереотипам, с другой — негативная эмоциональная окраска восприятия образа мужчины). Совпадение «Я-реального» испытуемого с тем, каким он выглядит, по его мнению, в глазах женщин, говорит о том, что женщины в большей степени, чем мужчины, являются для него референтной группой. Об этом свидетельствует и негативная эмоциональная окраска образа мужчины. Отмечается актуальное стремление к самоутверждению в мужской роли. Эталон мужественности (те качества, которыми, по мнению испытуемого, «мужчина должен обладать») характеризуется как гипермаскулинный тип, который выражается в стремлении к демонстративно-агрессивному поведению.

Агрессивность носит не инструментальный, а экспрессивный характер, т.е. преобладают подавленные формы реализации агрессии с фиксацией на незавершенных деструктивных действиях.

Можно предположить, что в рассматриваемом примере недостаточно интериоризированная мужская роль ограничивает проявления инструментальной (мужской) агрессии, в связи с чем при актуализации стремления соответствовать представлениям о мужской половой роли преобладают подавленные формы реализации агрессии с фиксацией на незавершенных деструктивных действиях (а также в виде косвенной агрессии, аутоагрессии), контроль за реализацией которых существенно ограничен (поскольку недостаточно усвоены стереотипы, регламентирующие проявления агрессивного поведения).

Недостаточная дифференцированность полоролевых характеристик (сцепленность образов «мужчина»-«женщина» по методикам МиФ и ЦТО) может ограничивать роль полоролевых стереотипов в процессах восприятия и переработки информации в ситуациях межпартнерского сексуального взаимодействия. В связи с чем и поведение испытуемого при реализации стремления к представлениям о мужской половой роли может выходить за диапазон культурально детерминированных форм «мужского» поведения (что могло проявиться в криминальной ситуации). Недостаточная дифференциация полоролевых характеристик с искаженным усвоением мужской половой роли отражает нарушение когнитивного аспекта интериоризации идентичности, а экспрессивный характер агрессивности, проявляющийся в фиксации на подавленных незавершенных деструктивных действиях, может свидетельствовать о недоразвитии эмоциональной сферы и нарушении эмоционального аспекта полоролевой интериоризации идентичности.

У испытуемого выявлены низкий уровень способности к эмоциональному сопереживанию, преобладание деперсонифицированного восприятия образа «женщины». Отмеченные особенности отражают ограниченный характер коммуникации в общении со сверстниками — с референтной группой, и как следствие могли обусловить проблемы в становлении его полоролевой идентичности. Трудности контакта с окружающими, неспособность к эмпатии, отчужденность в межличностных контактах, возможно, возникли вследствие недостаточности развития его эмоциональной сферы.

Можно предположить, что поведение М. в криминальной ситуации, с одной стороны, отражает стремление к самоутверждению в мужской половой роли путем демонстрирования гипермаскулинных формальных атрибутов такого поведения, а с другой — это поведение может носить характер эмоциональной саморегуляции (когда он наносил удары ножом потерпевшей, испытывал «какое-то успокоение»). Деперсонифицированный характер восприятия образа женщины, возможно, обусловлен нарушением эмпатии и определяет нечувствительность к страданиям жертвы в момент реализации противоправного поведения.

Деструктивные и аутодеструктивные действия являются для М. доминирующим способом эмоциональной саморегуляции: мучение и убийство кошек («глядя на их судороги, как-то успокаивался»), аутодеструктивные действия (иногда в состоянии плохого настроения наносил себе самоповреждения — резал ножом руку, вид крови, боль «как-то успокаивали, было ощущение какого-то удовлетворения»), после которых по его словам наступало успокоение. Все это свидетельствует о фиксированности М. на уровне экспансивной эмоциональной регуляции, которая заключается в стремлении к ситуациям, вызывающим экстремальные эмоциональные переживания; при этом доминируют эмоциональная потребность в переживаниях риска, стремление к ощущениям опасности [Лебединский В.В. и др., 1990].

Фиксированность на уровне экспансивной эмоциональной регуляции может свидетельствовать о недоразвитии у М. дифференцированного эмоционального контроля поведения, который, надстраиваясь над низшими уровнями (половой регуляции, стереотипов, экспансии), задается эмоциональной оценкой другого человека и непосредственным сопереживанием состояния другого человека.

Застревание М. на стадии экспансивной эмоциональной регуляции, свидетельствующее о задержке развития, обусловливает стремление к рискующему поведению, наиболее типичной формой которого является агрессия. При этом на уровне экспансивной саморегуляции агрессивное по характеру поведение не может быть инструментальным, т.е. не регулируется на целевом уровне (например, не может быть направленным на преодоление сопротивления жертвы и прекращаться при достижении поставленной цели). В данном случае только пролонгированные деструктивные акты в отношении жертвы (множественные повреждения, причинение страданий) могут приводить к «улучшению» состояния испытуемого за счет длительной стимуляции его эмоциональности интенсивными раздражителями. При этом поведение М. могло определить его стремление к самоутверждению в мужской половой роли, при отсутствии четких критериев прогноза такого поведения (из-за нечеткости представлений о мужском стереотипе страдает когнитивный компонент), но при постоянном учете его эффективности на уровне эмоциональной экспансии.

Таким образом, можно предполагать, что при неразвитом уровне эмоционального социального контроля, М. фиксирован на более примитивных уровнях эмоциональной саморегуляции и переносит их в социальное взаимодействие для самоутверждения в мужской половой роли. Поскольку половая роль включает в себя, кроме самооценки, некоторые стереотипы взаимодействия с другими (мужчинами и женщинами), идентификация с этими стереотипами или образом действия с объектом сексуального предпочтения может играть роль для восстановления целостной самоидентичности. Такое взаимодействие отражает фиксированность М. на стереотипах «маскулинного» поведения, которые детерминированы формальностью, атрибутивностью, недостаточной дифференцированностью образа «мужчины». Это определяет построение контакта в ситуации, требующей участия полоролевых стереотипов в рамках взаимодействия со стремлением занять максимально домини-

рующую позицию и получить возможность ограничивать активность своего партнера. На уровне эмоциональной экспансии подкрепляются лишь наиболее интенсивные и пролонгированные переживания и состояния, вызываемые у жертвы.

С учетом вышеизложенного попробуем проанализировать поведение М. в двух криминальных ситуациях. Общим для обеих ситуаций является совершение М. совместно с другим подростком насильственных действий по отношению к молодым женщинам в состоянии алкогольного опьянения, однако имеются и отличия. Так, в первом случае фантазии выступают как регулятор поведения (совпадение их содержания с реальным поведением), а сходство эмоциональных состояний после сходного агрессивного поведения указывает на возможный рефлекторный характер связи. Символические сексуальные действия при совершении первого деликта при частичной сохранности в памяти и отсутствии в сознании мотива свидетельствуют об измененном состоянии сознания испытуемого и являются отражением его внутренних проблем и конфликтов, связанных прежде всего с сексуальной сферой. В данном случае нет достаточных оснований говорить о расстройстве сознания психотического характера, невозможно квалифицировать характер аномального сексуального влечения, поскольку оно не осознается, а первая ситуация является единственным примером реализации. По этой же причине невозможна и оценка отношения к нему. Наличие символических сексуальных действий позволяет говорить о приближении структуры поведения к смещенной активности, что свидетельствует в пользу предположения о сужении возможности сознательного контроля над поведением в первой ситуации. Во втором случае подобных явлений не отмечено, что может служить опорой для вынесения разных заключений по поводу механизма ограничения степени произвольности регуляции поведения в рассматриваемых ситуациях.

При наличии оснований для квалификации первого деликта как проявления формирующейся аномалии сексуального влечения экспертная оценка второго представляется более сложной. Практически речь идет о возможном влиянии на регуляцию поведения выявленных у М. дизонтогенетических расстройств, т.е. сложной дисгармонии пубертата и нарушений формирования половой идентичности. Подобные состояния, как уже отмечалось, не включены в МКБ-10, т.е. не могут квалифицироваться как психические расстройства, а выявляемые при нейропсихологическом обследовании нарушения не получили достаточного отражения на клинико-психопатологическом уровне, хотя их роль в ограничении возможности произвольной регуляции поведения достаточно очевидна. Поскольку при таких состояниях можно говорить об общей направленности вектора психического развития в сторону задержки, в рассматриваемом нами клиническом примере представляется возможным отнесение второго деликта к случаям, предусмотренным в части 3 статьи 20 УК РФ, а его экспертную оценку — в рамки комплексной сексолого-психологической экспертизы с ведущей ролью психологического исследования.

Глава 12

Сексологическая экспертиза потерпевших

Наиболее распространенными являются четыре вида судебно-психиатрических экспертиз потерпевших: 1) определение беспомощного состояния; 2) определение способности давать показания; 3) определение уголовно-процессуальной дееспособности; 4) определение степени вреда здоровью.

Предмет и специфика ***экспертизы по определению беспомощного состояния*** были обозначены постановлением Пленума Верховного Суда СССР № 2 от 25.03.1964 г. «О судебной практике по делам об изнасилованиях», где указывалось, что состояние потерпевшей расценивается как беспомощное в тех случаях, когда она в силу своего физического или психического состояния (физические недостатки, малолетний возраст, расстройство душевной деятельности и иное болезненное состояние и т.п.) *не могла понимать характера и значения совершаемых с нею действий или не могла оказывать сопротивление* виновному и последний, вступая с нею в половое сношение, сознавал, что потерпевшая находится в таком беспомощном состоянии». Позднее, в Постановлении Пленума Верховного суда СССР от 26.04.1984 г. № 7 из перечня признаков беспомощного состояния был исключен малолетний возраст, что означало устранение формальной привязки экспертных критериев к каким-либо конкретным возрастным пределам. И.А. Кудрявцев правомерно указывает в этой связи, что перечень признаков, конкретизирующих психическое состояние, лежащее в основе беспомощности, является открытым, допускающим наличие причин, подобных перечисленным, а толкователь закона ставит во главу угла результирующий дизрегулятивный эффект различных обстоятельств, допуская его обусловленность действием сходных, но не идентичных психическим расстройствам состояний.

В определении юридического критерия беспомощного состояния имеются два компонента, характеризующие его структуру. Их можно обозначить как интеллектуальный (невозможность понимать характер и значение совершаемых действий) и волевой (невозможность оказывать сопротивление). Наличие любого из этих компонентов оказывается достаточным основанием для констатации психической беспомощности, поскольку свидетельствует о нарушенной способности к формированию поведения, обозначенного М.М. Коченовым (1980) как «последовательно адекватного ситуации».

Тем не менее раскрытие содержания данного юридического критерия не всегда бесспорно и однозначно. А.Н. Игнатов (1948) отмечал, что беспомощное состояние потерпевших от изнасилования может быть следствием неспособности ее/его осознавать социальное значение совершаемых с ней/ним действий. М.М. Коченов (1980) выделил в качестве показателя правильного понимания потерпевшими от изнасилования характера и значения совершаемых с ними действий правильность понимания нравственно-этической стороны происходящего, которое может отсутствовать при понимании фактической стороны (биологического смысла) сексуального правонарушения.

Ю.Л. Метелица (1988) отмечал, что беспомощность при судебно-психиатрическом освидетельствовании характеризуется совокупностью юридического и медицинского критерия, выступая в неразрывном единстве, хотя он же указывал на то, что само по себе «беспомощное состояние» может и не быть связано с психическими расстройствами.

Автор выделил 4 уровня понимания:

- внешней стороны юридически значимых событий;
- их фактической стороны;
- социального значения криминальных событий;
- социального значения криминальных событий на уровне личностного смысла.

При этом Ю.Л. Метелица замечал, что для констатации беспомощности достаточно нарушения понимания на одном из выделенных уровней. Он также обращал внимание на то, что при раскрытии вопроса о содержательной стороне волевого компонента юридического критерия психической беспомощности важно учитывать такие стороны волевых нарушений, при которых существенно нарушается способность к целенаправленному «последовательно адекватному» поведению и оказанию сопротивления.

Особое значение придается каждой из составляющих интеллектуальный критерий категории. Так, под пониманием *характера* действий виновного подразумевается правильное отражение их содержательной стороны. Под пониманием *значения* — смысловой аспект отражения этих действий в сознании (отношение своих мотивов и целей к мотивам и целям сексуальных действий преступника, отношение последствий совершаемых действий к собственному будущему, отношение этих действий к морально-этическим и правовым нормам) [Кудрявцев И.А., 1999].

Несмотря на то что у взрослых состояние беспомощности обычно увязывается со стойкими и транзиторными психическими расстройствами, алкогольной и наркотической интоксикацией, следует учитывать, что установление психосексуальных особенностей потерпевшего потенциально может оказаться необходимым вне зависимости от формального возраста, даже когда ответ на вопросы о восприятии и понимании может казаться очевидным.

Комплексная судебная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза Ч., 29 лет. Со слов матери, испытуемая росла «здоровым, развитым ребенком». Когда ей было 3 года, родители развелись. В последующем проживала с матерью и старшим братом. Отношения в семье складывались хорошие. В школу пошла с 8 лет, училась удовлетворительно, проявляла большой интерес к истории. Одновременно занималась в музыкальной школе по классу фортепиано, где закончила 9 классов. Со слов матери, в школе дочь «была активна и на хорошем счету», у нее были друзья — как девочки, так и мальчики, она не сторонилась их, с удовольствием ходила на школьные вечера и дискотеки. Никаких отклонений в психике в эти годы мать не замечала. Однако дочь всегда уклонялась от разговоров об интимных отношениях между мужчинами и женщинами из-за ее «врожденной замкнутости», мать не могла найти с ней общий язык и «научить ее нужным знаниям». Сама дочь никогда не интересовалась этими вопросами. После окончания 10 классов общеобразовательной школы она поступила на вечернее отделение МВТУ им. Баумана, где, как показала мать, «училась нормально, не пропускала ни одного занятия». Со слов испытуемой, одновременно она работала на приборостроительном заводе инспектором отдела кадров, с работой справлялась. Далее работала лаборантом и затем, после окончания МВТУ, — инженером-металловедом. Согласно производственной характеристике, Ч. зарекомендовала себя инициативным, добросовестным, дисциплинированным сотрудником. С ее участием был освоен и исследован ряд сплавов, имеющих

важное народнохозяйственное значение. Она обладала чувством ответственности за порученное дело. По отношению к сотрудникам была доброжелательна и отзывчива. Активно участвовала в общественной жизни коллектива, пользовалась авторитетом среди сотрудников, отличалась самокритичностью и скромностью. Со слов испытуемой, с 7-го класса она дружила с К., который после окончания школы поступил в одно из военных училищ, написал ей на первом курсе письмо с просьбой «быть его девушкой» и дал свой адрес. В ответном письме она дала утвердительный ответ, так как он ей нравился. Между ней и К. началась переписка и встречи во время его увольнений. Отношения между ними, по рассказу испытуемой, «стали более близкими, чем дружескими», несколько раз они целовались, но в половую близость не вступали, он вел себя с ней корректно. В середине обучения в училище К. предложил ей выйти за него замуж по окончании института, на что она согласилась и считала себя его невестой. Однако в конце 4-го курса у К. появилась другая девушка, о чем он сам ей рассказал. Как ей сообщила мать, эта девушка забеременела, и поэтому К. должен был на ней жениться. К. сообщил Ч., что «женится, потому что вынужден жениться». После его женитьбы он несколько раз приезжал к ней домой, сохранил к ней симпатию. Но так как она не хотела разрушать семью, отношения между ними стали носить «чисто дружеский характер». Однако, как показал К., отношения у них до окончания школы «были всегда дружеские, которые бывают в компании»; встречи с Ч. у него были редкими и непродолжительными. После его поступления в училище отношения с ней носили «мимолетный характер». Письма он ей писал «от нечего делать», что носило характер «игры слов». Такие письма он писал и другим знакомым девушкам. Мыслей о женитьбе на Ч. он не имел. После того как он женился, с Ч. не встречался. Через какое-то время у Ч. родился сын Д. Она обратилась в суд с иском об установлении отцовства и взыскания алиментов с К., ссылаясь на то, что он против ее воли вступил с ней в половую связь и является отцом ее ребенка. Судебно-медицинской экспертизой было установлено, что К. является отцом Д. Однако по решению суда от 15.03.93 г. в иске Ч. к К. об установлении отцовства и взыскании алиментов было отказано. 16.08.93 г. Ч. обратилась в военную прокуратуру с заявлением об изнасиловании ее 8.03.90 г. военнослужащим К., в результате чего она родила ребенка. Главной военной прокуратурой было вынесено решение о возбуждении уголовного дела в отношении К. по признакам преступления, предусмотренного частью 1 статьи 117.

Из показаний матери испытуемой следует, что 8.03.90 г. около 20 ч 30 мин брат К. позвонил в их квартиру, но, увидев ее, сказал, что ошибся квартирой, и ушел. Через 10 мин позвонил маленький мальчик и спросил «тетю Галю». Ч. оставалась у дверей, затем вышла из квартиры, очень скоро вернулась, сказав, что приехал К., у него никого нет дома, все ушли на похороны и ему плохо, после чего оделась и вышла из квартиры. Как показал брат К., 8.03.90 г. он находился вечером дома, готовил домашнее задание. Он услышал, что кто-то вышел из квартиры. Затем его брат зашел к нему в комнату, сообщил, что пришел с девушкой, и они будут в другой комнате. Он слышал женский голос. Через 10—15 мин К. вновь пришел к нему и сказал, что уходит. Никаких криков, шумов, борьбы свидетель не слышал. Видел, как К. вышел из подъезда с девушкой. По показаниям К., вечером из окна своей квартиры его окликнула Ч., при этом махала рукой, предлагала зайти в квартиру. Он сделал ей знак, чтобы она сама спустилась. У подъезда он рассказал ей о родившейся у него дочери, затем предложил зайти к нему домой поговорить, на что Ч. согласилась. В квартире был младший брат. Они с Ч. ушли в дальнюю комнату, где их разговор «перешел на интимную тему». Ч. говорила о любви к нему и желании выйти за него замуж, гладила его по голове, прикасалась ко всем частям тела. Она расстегнула ему штаны, приспустила их, сняла с него рубашку. Затем он помог ей раздеться, и они легли на диван. Он стал гладить ее. Затем Ч. помогла ему ввести во влагалище половой член, но половой член полностью не вошел. У него не наступила эрекция, и он из-за этого «не мог кончить». После этого они оба оделись и вышли из квартиры. Он проводил Ч. до дома. Ч. показала, что в этот день позвонивший в ее квартиру мальчик сказал ей, что ее ждут на лестничной клетке этажом ниже. Она вышла туда и увидела К., который пожаловался на «плохое душевное состояние», сообщив, что у него умер дедушка, попросил ее поговорить с ним у него

дома. Она поднялась в свою квартиру, сообщила матери о встрече с К., быстро оделась и пришла с К. к нему в квартиру. Он завел ее в смежную с гостиной комнату, где она сняла пальто, сапоги, присела на разложенный диван. К., ничего не говоря, повалил ее на диван, левой рукой зажал ее руки вверху, правой снял с нее блузку, затем снял юбку, колготки и трусы до уровня шиколоток. Затем той же рукой К. приподнял бюстгальтер. Все это он сделал очень быстро. После этого К. стал вводить половой член ей во влагалище, она чувствовала болевые ощущения и выползла из-под него так, что половой член во влагалище не попадал. В процессе сопротивления она устала, и К., воспользовавшись этим, сразу ввел половой член во влагалище. Она почувствовала резкую боль. К. совершил несколько движений вверх и вниз, затем лег возле стены. В этот момент она быстро вскочила, оделась и ушла домой. Матери о случившемся сразу не сказала. Ч. давала пояснения о том, что она не имела ранее половых отношений с мужчинами, что ни со знакомыми, ни с матерью разговоров на тему о половых отношениях никогда не вела, но знала о том, что «половой орган необходимо ввести в другой половой орган, чтобы произошло зачатие ребенка». Она, однако, не знала о существовании девственной плевы, о том, какие ощущения испытывают при половом акте. Ч. также пояснила, что «в тот момент находилась в состоянии непонимания ситуации, в которой оказалась», потому что у нее «возник нервный стресс», «не понимала, что у нее с К. произошел половой акт». Как показала мать испытуемой, с момента ухода дочери из дома прошло 20—25 мин. Она заметила, что по возвращении глаза у дочери были красные, на вопросы о том, что произошло, дочь ответила «ничего» и ушла в комнату. В дальнейшем дочь о случившемся до декабря 1990 г. не рассказывала. Дочь вела активный образ жизни, любую свободную минуту использовала для сна. По дому она ничего не делала, только работала и училась в университете. Дочь не болела, за медицинской помощью не обращалась. В ноябре 1990 г., когда Ч. мылась в ванной, мать обратила внимание на коричневые соски у дочери и сказала ей, что она беременна, на что дочь приставила палец к голове и покрутила им. В дальнейшем дочь отказывалась разговаривать с матерью на тему беременности. 04.12.90 г. дочь сообщила матери, что отравилась пирожком и у нее болит живот, просила дать ей таблетку «но-шпы». Она безрезультатно ходила в туалет, затем сказала, что у нее «отпустило». После настойчивых расспросов Ч. сказала матери, что если она беременна, то только от К., который 8.03.90 г. совершил с ней половой акт без ее согласия. Мать в этот вечер вызвала «скорую помощь», и дочь была доставлена врачами в родильный дом. Как видно из истории родов, при поступлении в роддом Ч. сообщила, что «не знала, что беременна», думала, что отравилась, однако знала срок родов — приблизительно 9.12.90 г. Ч. родила мальчика массой 3800 г, ростом 54 см, с окружностью головы 37 см, груди 36 см. Признаков незрелости у ребенка отмечено не было, зарегистрированы умеренно выраженные признаки переношенности, суховатая мацерированная кожа. Врачами роддома роды были расценены как срочные, а ребенок как доношенный, при сроке беременности 41 нед, зачатие его наиболее вероятно могло произойти с 4 до 11 марта 1990 г. Со слов испытуемой, в последнее время она работала «на фирме», с работой справлялась, «заработками была довольна», к ребенку относилась тепло, с матерью отношения складывались благополучно.

Психическое состояние. В начале беседы держится достаточно скованно, напряженно, не смотрит на собеседника, глядит в одну точку широко раскрытыми глазами. Мимика, модуляция ее голоса маловыразительны. Отвечает кратко, односложно, часто отказывается отвечать на вопросы, стереотипно повторяя: «Я этого не помню», «это к делу не относится». Каких-либо жалоб на здоровье не высказывает, считает себя психически здоровой, нормальной. При уточняющих вопросах соглашается, что ей свойственны некоторая замкнутость, недоверие к людям, скрытность. Говорит, что друзей и подруг у нее не было, «были только знакомые», у нее «на все имеется свое мнение». Не сразу сообщает, что в периоды субъективно трудных для нее ситуаций у нее понижалось настроение, возникали мысли о нежелании жить, но суицидальных попыток не совершала. После некоторой психокоррекции становится более расположенной к собеседникам, ее мимика оживляется, появляются эмоциональные реакции, с большей заинтересованностью вступает в беседу. Обнаруживает достаточную ориентированность в житейских, социально-бытовых

проблемах, познания в области общей культуры, поведения и межличностных отношений. При внешнем, несколько демонстративном отрицании эмоциональных контактов с матерью (единственным совместно проживающим родственником) в косвенной форме проявляются психологическая зависимость и привязанность к матери, ориентация на ее мнение в житейских вопросах и поведение в целом («Я всегда прислушиваюсь к ее мнению... Решаю сама, но учитываю ее мнение... Одежду мне всегда выбирала и покупала мама, до сентября 1995 г., когда поступила на фирму...»). Акцентирует внимание на своей «детскости и незрелости», говоря, что окружающие «всегда воспринимали ее ребенком», что противоречит ее заявлениям: «То, что я произношу, я всегда обдумываю. Прежде чем сказать, я думаю...». При расспросе о случившемся становится более напряженной, с некоторой нарочитостью заявляет, что К. «причинил ей физическую и моральную боль, за что должен потерпеть заслуженное наказание». Несколько напряженно сообщает, что она в тот момент якобы «недопонимала, что он от нее хочет, была в шоке, растеряна, казалось, что он ей только хочет причинить боль». Заявляет, что якобы узнала о том, что беременна, только когда у нее начались схватки, до этого не замечала увеличения живота, считала, что прекращение месячных связано с переутомлением, дисфункцией, к врачам не обращалась, потому что «было некогда». Теряется при уточняющих вопросах, при этом повторяет одно и то же в однообразных словах и выражениях, противоречит сама себе, затем умолкает. Мышление подэкспертной последовательное, в обычном темпе. Суждения несколько поверхностные, незрелые, но логичные. Запас знаний соответствует полученному образованию и приобретенному жизненному опыту. Эмоциональные реакции несколько неустойчивы, но адекватные теме беседы, с тенденцией к застреваемости на субъективно значимых представлениях. Грубых нарушений со стороны памяти, интеллекта, критических способностей нет. Продуктивная психопатологическая симптоматика (бред, галлюцинации) у нее отсутствует.

Сексологическое исследование. Во время беседы подэкспертная напряжена, держится с демонстративной оппозиционностью, старается сохранить искусственную позу со сложенными в замок руками и устремленным мимо собеседника взглядом, которая остается практически неизменной. Тем не менее, несмотря на постоянно подчеркиваемую незаинтересованность в исследовании, правильно отвечает на вопросы, в том числе интимного свойства, при этом использует слова, наиболее уместные для обозначения подразумеваемых явлений из области половых отношений. Легко соглашается, что всегда оценивала себя скорее как ребенка, настойчиво подчеркивает, что и окружающие до сих пор к ней относятся таким же образом и никогда не позволяли себе при ней разговоров на эротические темы. При этом в речи появляются наигранные детские интонации. От ответов на вопросы о половом развитии уклоняется, не задумываясь, заученно заявляет, что никогда не интересовалась подобными проблемами и не обращала внимание на происходящие с ней изменения в процессе взросления. При этом появляется снисходительная усмешка, вместо конкретных ответов пускается в пространные рассуждения, пытается ограничиться ничего не значащими фразами. Утверждает, что никогда не обсуждала данных тем даже с матерью, оговариваясь, однако, что если такие разговоры и велись, то только в шутливом тоне. В дальнейшем признает, что была, например, предупреждена о наступлении месячных именно матерью, которая объяснила, что появившихся выделений не следует опасаться, и приводила случаи, когда от них пытались избавиться. Утверждает, что не помнит возраста их наступления, так же как и формирования груди и других признаков физиологической зрелости. Однако, согласно истории родов, при поступлении в роддом она сообщила о начале менструаций с 14 лет, указала на их длительность (3—4 дня), регулярность и безболезненность. Рассказывает, что в 14 лет испытала первую влюбленность, выделила среди других Игоря (обвиняемого), который отличался от других и соответствовал ее представлениям о мужчине. Поясняет, что ее привлекала его сдержанность, не допускающая «вольностей» с его стороны. Подчеркивает, что до настоящего времени тема взаимоотношений с будущим избранником свята, связана с образами белого свадебного платья, а ее представления о достойном партнере сводятся к мечтам о некоем «принце», при этом с явной иронией бросает: «Чтоб не пил и не курил, и

цветы дарил». Сообщает, что первые поцелуи допустила в 17 лет с ним же. Начало половой жизни — в 23 года (согласно истории болезни роддома), по словам испытуемой, — в течение жизни ограничившейся единственным половым актом в исследуемой ситуации. Как показывает анализ материалов уголовного дела, показания испытуемой о ее восприятии сложившейся ситуации в тот момент достаточно противоречивы. Согласно ее показаниям от 14.09.95 г., до случившегося ее познания в области половых отношений между мужчиной и женщиной были поверхностными в связи с отсутствием какого-либо сексуального опыта. Утверждала, что не могла оценивать действия обвиняемого и «отдавать отчет своим действиям», ссылаясь на возникший у нее «нервный стресс», в дальнейшем считала, что между ними «произошло что-то плохое», т.е. действия, которые не отвечали ее моральным принципам. Заявляла, что вплоть до рождения ребенка не понимала, что произошел половой акт и расценивала происшедшее как «какое-то насильственное действие с применением половых органов, в результате которых ощущалась острая боль». Указывала, что не понимала — была ли нарушена в ходе этих действий девственная плева, поскольку не знала до того, что это такое, якобы не имела представления о том, чем заканчивается половое сношение у мужчины и потому не могла сказать — произошло ли семяизвержение у обвиняемого. Тут же заявляла, что будто бы не представляла возможность зачатия. При расспросах о случившемся на глазах появляются слезы, возвращаются исчезнувшие было детские интонации, нарочито всхлипывает и растягивает фразы, стереотипно покачивает головой, излагает происшедшее с некоторой демонстративной драматизацией. Повторяет прежние свои утверждения о том, что не понимала сути происходящего. Однако при более детальном расспросе поясняет, что подразумевает под этим неожиданность возникшей ситуации, говорит, что якобы не предполагала, что именно он осмелится на сексуальное сближение. Сообщает также, что до этого не представляла себе процесса сближения во всех его деталях и никогда ранее не подозревала, какие ощущения возникают при половом контакте, была напугана причиненной ей болью. Заявляет, что ее цель в настоящее время — наказать человека, причинившего ей эту боль. С некоторым недоумением встречает конкретизирующие вопросы о ее представлениях в тот момент о генитально-генитальной близости и ее последствиях, с обидчивыми интонациями просит не считать ее «полной дурой». Однако настаивает на том, что полностью понимать суть произошедшего стала после случившегося.

Заключение: какие-либо данные о наличии сексуальных расстройств отсутствуют. Отмечаются признаки ретардации (задержки) психосексуального развития.

При ***экспериментально-психологическом исследовании*** у подэкспертной обнаруживаются достаточные способности выполнения основных интеллектуальных операций в сочетании с некоторой инертностью, ригидностью психических процессов. Наряду со стремлением подэкспертной к преувеличению степени собственной личностной незрелости с декларацией эгоцентрических позиций в суждениях, потребностью в повышенном внимании со стороны окружающих с требовательностью к ним, чувствительностью, сенситивностью, ранимостью — выявляются недостаточные возможности самостоятельного конструктивного разрешения проблемных ситуаций, выраженная склонность к фиксации на субъективно значимых моментах, ригидность установок, практичность суждений, тенденция к системному подходу при решении проблем в сочетании с некоторым своеобразием и субъективностью оценок происходящего и прогнозом последствий собственных поступков и действий окружающих. Отмечается сочетание избирательности в межличностных контактах с ориентацией на мнение значимых близких. Полученные данные позволяют предположить, что в исследуемой ситуации могли найти отражение отдельные индивидуально-психологические особенности подэкспертной. Ригидность мышления и аффективной сферы, строгое (сверхценное) придерживание социально одобряемых норм и правил обусловили понижение возможностей быстро отреагировать и конструктивно разрешить относительно неожиданную субъективно сложную ситуацию. Повышенная чувствительность и сенситивность в сочетании с выраженной склонностью застревать на психотравмирующих моментах определили фиксацию на острых болевых ощущениях с последующей негативно окрашенной их интерпретацией.

На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что Ч. ранее каким-либо расстройством психической деятельности не страдала и не страдает таковым в настоящее время, а обнаруживает отдельные психопатические черты характера в виде некоторой замкнутости, скрытности, несамостоятельности, повышенной обидчивости (сенситивности), повышенной требовательности к окружающим, склонности к демонстративным формам реагирования в субъективно сложных ситуациях и фиксации на отрицательно окрашенных переживаниях, а также признаков психического инфантилизма с поверхностностью, незрелостью суждений, психологической зависимостью от матери. Однако указанные особенности психики у Ч. не сопровождаются грубыми нарушениями со стороны мышления, интеллектуально-мнестических, критических способностей и эмоционально-волевой сферы. Эти особенности психики у Ч. выражены не столь значительно, чтобы лишать ее в настоящее время возможности правильно понимать характер и значение совершенных в отношении нее действий. В период, относящийся к исследуемой ситуации, Ч. также не обнаруживала признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, искаженного восприятия реальной ситуации, поэтому в тот период она также могла понимать характер и значение совершенных в отношении нее действий и оказывать сопротивление с учетом сложившейся ситуации. Имеющееся у Ч. некоторое отставание в психосексуальном развитии, проявляющееся в виде сохранности излишне прямолинейно усвоенных и чрезмерно идеализированных представлений о взаимоотношениях между полами, приверженности крайним стереотипам социально одобряемых стандартов, поверхностного принятия чисто декларативных норм и негибкого следования им могли сказаться на ее поведении в исследуемой ситуации. Однако указанные особенности у Ч. выражены не столь значительно, чтобы существенно ограничивать объем ее представлений о биологической и социальной сути взаимоотношений между полами, и не лишали ее способности правильно понимать характер и значение совершаемых в отношении нее действий и оказывать сопротивление в исследуемой ситуации.

Выявляющиеся у Ч. признаки личностной незрелости, недостаточные возможности самостоятельного, конструктивного разрешения проблемных ситуаций, склонность к фиксации на субъективно значимых моментах, некоторая субъективность и своеобразие оценок и прогноза последствий собственных поступков и действий окружающих могли найти отражение в ее поведении в исследуемой ситуации, однако они не являются выраженными и не оказывали существенного влияния на ее возможность понимать происходящее с ней и оказывать сопротивление.

Теснейшим образом к проблеме беспомощного состояния примыкают вопросы виктимного поведения. В центре внимания виктимологии находится комплекс вопросов, связанных с объектом преступления: личность жертвы; особенности ее взаимоотношений с преступником до, во время и после преступления; последствия преступлений, касающиеся жертвы, и др. [Метелица Ю.Л., 1993]. A. Fattah (1973) и Ю.Л. Метелица (1990) отмечают, что преступник, жертва и ситуация образуют единую и подвижную *криминальную систему*, которая и определяет возможность реализации противоправных действий, причем вклад жертвы в развитие криминальной ситуации весьма велик. Особенно большое значение поведение жертвы приобретает при совершении половых преступлений.

Жертвой преступления может стать любой человек, независимо от его возраста, пола, физического и психического здоровья и т.д. Вместе с тем некоторые контингенты населения обладают повышенным риском стать объектом противоправных действий. К ним относятся дети и подростки, пожилые люди, лица с психическими расстройствами. Этот феномен — повышенный риск становиться жертвой преступлений, несчастных случаев, любых неблагоприятных жизненных обстоятельств называют *виктимностью*.

Криминологи, изучая различные аспекты преступности, выделяют общую и специальную виктимность: к первой относят незащищенность личности со стороны государства и общества от каких-либо преступлений; ко второй — субъективную предрасположенность жертвы, обусловленную ее более или менее выраженными индивидуально-психологическими особенностями, биофизическими возрастными свойствами (малолетние и престарелые) и психопатологическими расстройствами. K. Miyazava (1976) также выделяет общую и специальную виктимность, которая зависит от неустойчивости в психическом и психологическом плане, отставании в развитии интеллекта, от алкогольной интоксикации, безволия и других факторов.

I. Amir (1967) впервые применил понятие «способствование жертвы» — такое ее поведение, которое могло быть интерпретировано преступником как явное приглашение к сексуальному контакту или как знак того, что при достаточной настойчивости жертва станет доступной. В отечественной литературе «способствующее поведение» рассматривается как разновидность виктимного поведения жертвы или как его синоним. Л.П. Конышева (1988) под «способствующим» понимает как аморальное, так и морально нейтральное поведение жертвы, облегчающее изнасилование. Автор выделяет две разновидности «способствующего» поведения жертвы: «объективное способствование», характеризующееся непреднамеренным созданием условий, облегчающих изнасилование, и «субъективное способствование» — поведение жертвы, способной адекватно ориентироваться в данной ситуации и допускающей возможность ее последствий.

Е.Г. Дозорцева и И.А. Кудрявцев (1988) в зависимости от личностных особенностей потерпевших (тормозимого или возбудимого типа) выделяют различные психологические механизмы *виктимного поведения*. У одних испытуемых нарушение произвольности действий обусловлены, главным образом, состоянием сильного эмоционального напряжения с глубокой дезорганизацией мыслительной деятельности и проявляются в трудностях актуального выбора верной линии поведения, средств сопротивления при сохранности смысловой оценки ситуации и значения действий преступника. Другие испытуемые (с умственной отсталостью и тяжелыми органическими поражениями головного мозга) иногда сами провоцируют сексуальные притязания под влиянием непосредственных побуждений, без учета моральных норм, без критической оценки последствий и с неспособностью правильно осознавать внутреннее содержание действий преступника.

Криминологи выделяют три типа поведения жертвы [Антонян Ю.М. и др., 1993]:

1) провоцирующий (установление контакта, совместное употребление алкоголя, демонстрация благосклонности к сексуальному сближению и др.);

2) поведение, не являющееся провоцирующим, но создающее объективные предпосылки для совершения изнасилования (неосторожные поступки, появление в темном месте в позднее время);

3) положительное или нейтральное (свойственное детям и пожилым людям).

Ю.Л. Метелица (1990), анализируя виктимное поведение у лиц с психическими расстройствами, выделяет два типа поведения жертвы: «пассивно-подчиняемый» и «провоцирующий», при каждом из которых виктимологическое значение имеют однотипные психопатологические расстройства различной нозологической принадлежности и один тип — «нейтральный», при котором такой связи автору проследить не удалось.

В работах Т.П. Печерниковой и соавт. (1988), Ю.Л. Метелицы (1986, 1990) факторы, способствующие формированию виктимного поведения, рассматриваются через способность потерпевших сознавать характер и значение действий преступника, что сближает его именно с понятием «беспомощное состояние», поскольку в обоих случаях, по мнению авторов, нарушается произвольная регуляция поведения.

Независимо от наличия или отсутствия у потерпевших психических расстройств типология их виктимного поведения в предкриминальной ситуации достаточно одинакова и укладывается в следующие варианты:

1) пассивно-подчиняемое, в котором можно выделить:
   - пассивно-оборонительное;
   - пассивно-безучастное;
2) псевдопровоцирующее;
3) неустойчивое.

Н.Б. Морозова (1999), определяя механизмы *виктимизации* и тип *виктимного поведения* у жертв сексуального насилия, отмечает, что они зависят от возрастных и личностных особенностей, а также от характера предкриминальной ситуации. У психически здоровых малолетних потерпевших в условиях ситуации «бесконфликтного взаимодействия» механизмом виктимизации является нарушение произвольной регуляции поведения вследствие несформированности базовых структур полоролевого этапа психосексуального развития с недостаточным развитием или даже отсутствием способности понимать характер и значение действий преступника, а также механизм психического индуцирования на фоне возрастных психологических особенностей (внушаемость, подчиняемость, некритичность).

Наблюдаются в основном два типа виктимного поведения: пассивно-подчиняемый и неустойчивый. В подростковом возрасте при нормативном психосексуальном развитии механизмы виктимизации обусловлены пубертатными психологическими образованиями (реакции эмансипации, группирования со сверстниками, имитации, излишняя доверчивость, недостаточная критичность и способность к антиципации) в сочетании со становлением либидо и появлением сексуального влечения или подростково-юношеской гиперсексуальностью. В этот период имеет значение и механизм психического индуцирования со стороны авторитетных лиц и лидеров референтных групп. Наблюдаются все три вида виктимного поведения: псевдопровоцирующий, пассивно-подчиняемый и неустойчивый. В ситуации «конфликтно-стрессового взаимодействия» механизмами виктимизации у психически здоровых несовершеннолетних являются аффективная дезорганизация психической деятельности и нарушение произвольной регуляции поведения с выбором неэффективных форм, а также когнитивно-мотивационные особенности при субъективной оценке ситуации как безвыходной. Наблюдается в основном один тип виктимного поведения — пассивно-подчиняемый. При «смешанном» варианте взаимодействия с преступником могут быть задействованы все перечисленные механизмы.

Изучение виктимного поведения жертвы не может быть достаточно полным и объективным без исследования преступного поведения *обвиняемого.* Это особенно важно в случаях диагностирования у субъекта парафилии, поскольку у лиц с различными формами сексуальных девиаций существуют особенности предпочтения и отношения к объекту сексуального влечения. Так, искажение объектного выбора по половозрастным характеристикам ярко выражено у лиц с педофильным поведением. Выбор может быть строго гетеро- или гомосексуально фиксирован, может отмечаться недифференцированность сексуального объекта. М.Н. Рогачев и Н.А. Радчен-

14 – 3935

ко (2000) отмечают, что лица с педофильным поведением предпочитают в качестве сексуального партнера индивидов с менее выраженными в структуре личности чертами зрелости, чем объясняется вовлечение во взаимодействие малолетних и несовершеннолетних индивидов как наиболее соответствующих данному критерию.

При искажении выбора объекта по внешним характеристикам жестко фиксируются такие признаки, как тип телосложения, цвет волос, особенности одежды и пр. Лица с садистическими наклонностями одинаково однозначно расценивают обильную косметику, обтягивающие брюки, укороченные юбки как признак «доступности» жертв, оправдывая свое агрессивное поведение по отношению к ним. Значительную роль при фетишизме играют тактильные стимулы: «гладкая и скользкая» поверхность колготок, детская обувь из гладкой кожи и т.д. Р. Крафт-Эбингом (1996) описаны такие особенности восприятия объекта сексуального влечения у лиц с определенными формами парафилий (садизм, фетишизм), как фиксация на эмоционально значимых эротических стимулах (женская грудь, цвет волос, элементы одежды, запах).

О.Д. Ситковской (1989) описано, что лицами с агрессивным сексуальным поведением в качестве жертвы избирается слабый, неспособный оказать значительного сопротивления человек — ребенок, женщина, пьяный и т.д. Л.П. Конышева (1989) прослеживает аналогичные тенденции выбора жертвы субъектами с садистической агрессией и подчеркивает, что специфическими для них оказывались особенности ситуации взаимодействия, в частности такие поведенческие и статусные характеристики объекта преступления, как неспособность сопротивляться в силу физической слабости или специфического состояния (болезнь, опьянение), полная зависимость от нападавших, низкий и ущербный социальный статус (половая доступность, нечистоплотность, слабоволие, умственная отсталость, алкоголизм). З. Старович (1991), исследуя агрессивное сексуальное поведение, указывает, что насильник в своей жертве не видит личности, а воспринимает ее лишь как символизирующий жертву фетиш, причем возраст и внешность женщины в этом случае не играют большой роли.

Л.П. Конышева (1988) описывает типы взаимодействия жертвы и насильника («бесконфликтный», «внезапный конфликт», «затяжной конфликт»), исходя из возрастных, характерологических особенностей жертвы, специфики протекания у нее психических процессов, ее эмоционального состояния, тактики преступника и криминальной ситуации.

Таким образом, полное раскрытие механизмов виктимизации наиболее эффективно при совместном изучении предиспозиционных факторов, особенностей восприятия складывающихся межпартнерских отношений как жертвой, так и субъектом аномального сексуального поведения, с отдельным анализом ситуации взаимодействия. Подобное интегративное исследование всей криминальной системы позволяет приблизиться к определению наиболее значимых механизмов виктимизации с выделением тех вариантов, которые сближаются с так называемым беспомощным состоянием.

Дача показаний является одной из важных процессуальных функций потерпевшего. Законодательная формулировка (часть 3 статьи 79 УПК РСФСР) юридического критерия данной функции гласит, что возможность давать показания оказывается нарушенной, если потерпевший в силу своих психических расстройств не способен правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. В данной формулировке содержится два компонента, характеризующих ее структуру: первый — это «способность правильно воспринимать обстоя-

тельства, имеющие значение для дела», сопряженная с осмыслением и осознанием, т.е. пониманием воспринятого, и второй — способность «давать правильные показания», которая сопряжена со способностью к произвольной регуляции поведения при осуществлении процессуальных функций (волевой компонент) [Метелица Ю.Л., 1988].

Статья 79 УПК РСФСР содержит требование обязательного проведения экспертизы для определения психического или физического состояния свидетелей и потерпевших, если возникает сомнение в их психическом состоянии, нарушающем способность давать показания. Основанием для таких сомнений является наличие психического заболевания или временного болезненного расстройства, наркотического или алкогольного опьянения в момент правонарушения, что в свою очередь обусловливает особенности внимания, восприятия, мышления, памяти, речевого развития, нахождение подэкспертного в состоянии повышенного эмоционального напряжения, *отставание или искажение в психическом развитии*, снижение интеллектуально-мнестических способностей, наличие сенсорных дефектов, своеобразие личностных черт, а также малолетний возраст [Комментарий к УПК РФ, 1996].

Потерпевшие обладают широким кругом прав и обязанностей, выполнение которых возможно лишь при наличии определенной зрелости. Что касается детей и подростков — жертв преступлений, то законом не ограничен минимальный возраст, по достижении которого они признаются потерпевшими и могут участвовать в предварительном следствии и судебном заседании. В соответствии с определением, содержащимся в статье 53 УПК РСФСР, потерпевшим является лицо, которому преступлением причинен моральный, физический или имущественный вред. Если потерпевший несовершеннолетний, в деле участвует его законный представитель.

При анализе медицинского критерия статьи 79 УПК возникает необходимость в оценке психического состояния потерпевшего, не всегда определяющегося только наличием/отсутствием психической патологии. Нарушение способности воспринимать обстоятельства сексуального деликта может быть сопряжено с рядом различных обстоятельств, которые можно разделить на «физические» и «психические». «Физические» недостатки, а также соматические заболевания, снижающие способность к восприятию обстоятельств противоправного деликта (медицинский критерий), не входят в компетенцию психиатра, так же как и индивидуально-психологические особенности, не связанные с какой-либо психической патологией. В то же время нозологические формы психической патологии, при которых возникает необходимость в решении вопроса о способности лица воспринимать значимые для дела обстоятельства, соответствуют таковой и при решении вопроса о способности понимать характер и значение противоправных действий обвиняемого. Таким образом, экспертное исследование особенностей психического состояния потерпевшего, которые нарушают возможность правильного восприятия и последующего воспроизведения, а также понимания характера и значения обстоятельств сексуального деликта, предоставляется различным специалистам в рамках комплексной экспертизы.

Еще в 1891 г. E. Hofman указывал на необходимость анализировать психическое состояние обследуемого, а не его показания. В работах G. Gross (1899) и W. Stern (1902) подчеркивалось, что в восприятии и воспроизведении происшедших событий даже у психически полноценных лиц имеются определенные различия, при этом могут наблюдаться искажения, неточности, которые находятся в прямой зависимости от промежутка времени между восприятием и воспроизведением.

Рассматривая проблему нарушенного восприятия, связанную с экспертизой способности давать показания, М.М. Коченов (1980) указывает на необходимость учета «степени осмысленности восприятия», от которой зависят точность и полнота отражения фактов действительности. Он подчеркивает, что человек способен полно и точно воспроизвести лишь то, что он сумел осмыслить. Ю.Л. Метелица (1990) предлагает рассматривать юридический критерий способности к даче показаний при «оценке степени осмысленности восприятия» также на основе предложенной им градации уровней понимания юридически значимых событий.

Особо выделяется также экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих ***уголовно-процессуальную дееспособность***, основываясь на том, что диапазон процессуальных функций потерпевшего не может быть сведен только к даче показаний по делу. Так, потерпевшие по закону имеют право отстаивать свои интересы, заявлять отводы и ходатайства, участвовать в исследовании доказательств, задавать вопросы, выражать свое отношение к следствию, знакомиться с его результатами (статья 53 УПК). Налагаются на потерпевшего и определенные обязанности: он должен давать правдивые показания, участвовать в очных ставках, опознании, следственном эксперименте, в случае необходимости подвергаться освидетельствованию, представлять образцы своего почерка и т.д. (статьи 75, 164, 183 УПК). Несмотря на то что процессуальная дееспособность тесно связана со способностью давать показания, она, естественно, подразумевает более высокую степень сохранности психических функций.

К тому же, став жертвой преступления и оказавшись объектом уголовно-процессуальной деятельности, потерпевший проходит ряд последовательно сменяющихся ситуаций (предкриминальная, криминальная, посткриминальная и т.д.), в каждой из которых раскрытие интеллектуального компонента юридического критерия беспомощного состояния и способности давать показания приобретает индивидуальное значение.

Если ранее при теоретической и практической разработке различных аспектов экспертизы потерпевших и свидетелей модель сексуальных правонарушений всего лишь использовалась как наиболее распространенная и показательная [Парфентьева О.В., 1974; Шостакович Б.В., 1979; Метелица Ю.Л., 1988; Печерникова Т.П., 1990], то в настоящее время становится все более очевидной самостоятельность этой модели, требующей особых методологических подходов. Понимание своеобразия ситуации сексуального насилия ведет к формулированию особых требований к навыкам специалистов, участвующих в исследовании жертв, к разработке специализированных исследовательских программ, особенностям судебной процедуры [Wakefield H., Underwager R., 1994; Steen C.H., 1994; Coleman L., 1994].

При оценке триады — психогения, индивидуальные особенности потерпевших, имеющиеся и возможные отдаленные последствия сексуальных преступлений — требуется в рамках виктимологического исследования использование специальных сексологических познаний. Традиционно же проводимое клинико-психопатологическое исследование жертв сексуального насилия в ряде случаев оказывается недостаточным, поскольку не выясненными остаются вопросы об этапе и характере психосексуального развития, которое во многом и определяет поведение этих лиц в криминальной ситуации. Нередко выясняется, что потерпевшие, независимо от наличия психической патологии находящиеся в силу различных особенностей онтогенеза на разных этапах психосексуального развития, могут по-разному воспринимать происходящие с ними события, что оказывает существенное влияние как на их поведение в криминогенной ситуации, так и на про-

цессуальные способности в последующем. Вместе с тем своеобразие ситуации сексуального насилия влияет не только на процессуальные способности потерпевших, но и на дальнейшее формирование личностных особенностей потерпевших, усвоение ими паттернов агрессивного сексуального поведения [Эссекс М., 1996; Асанова Н.К., 1997].

Вышеприведенный случай относится к казуистическим, поскольку чаще подобные задачи приходится решать в отношении несовершеннолетних жертв сексуальных деликтов. Это связано прежде всего с существованием достаточно широкой возрастной зоны «неочевидности» экспертных решений, соответствующей препубертатному и подростковому периодам развития, когда первостепенное значение приобретает индивидуально-онтогенетическое своеобразие психосексуального становления. Последнее допускает значительный разброс вариаций, существенно отклоняющихся от средненормативных закономерностей психосексуального созревания. Между тем стратегия сексологического исследования во всех этих случаях едина и заключается в тщательном восстановлении закономерной последовательности этапов психосексуального развития.

Во время беседы с жертвами сексуального деликта необходимо учитывать многие факторы: уровень развития ребенка, тяжесть сексуального насилия и информацию, уже полученную в ходе беседы с родителями. При сборе информации у потерпевшего о сексуальном посягательстве необходимо соблюдать этико-нравственные нормы данной процедуры, применяя индивидуальный подход в каждом конкретном случае. Эту проблему рассматривали Т.А. Смирнова, М.С. Литвинцева, И.В. Литвиненко (1995), которые отмечали, что процедуры, которым подвергается ребенок во время судебного разбирательства (допросы, очные ставки, медицинские освидетельствования и т.п.), оказывают на ребенка дополнительное психотравмирующее воздействие, так как постоянно напоминают о случившемся.

В некоторых регионах Канады и США сбор информации о сексуальном деликте у потерпевших поручен специальным службам, хорошо обученным методам проведения беседы с детьми, подвергшимися сексуальному насилию. В суде, когда приходится неоднократно повторять рассказ потерпевшего, используются аудио- и видеокассеты [Draucker C.B., 1992]. В Израиле юридически допустимо, чтобы вместо детей на суде свидетельствовали адвокаты, что ограждает ребенка от неблагоприятного влияния судебной процедуры на его эмоциональное состояние. В противоположность этому в юридической системе США криминальные процедуры не допускают подобных действий [Асанова Н.К., 1997].

Использование *сексологического метода* исследования при проведении экспертизы жертв насилия позволяет решить и этическую проблему, поскольку предоставляет возможности косвенным путем определить этап психосексуального развития потерпевшего, т.е. уровень его компетенции в вопросах взаимоотношения полов, что не только не травмирует, а, наоборот, снимает вопрос психотравмирующего воздействия обследования на потерпевшего. В числе таких паттернов психосексуального развития, позволяющих избежать прямолинейных вопросов, непосредственно связанных с эмоционально-значимым психотравмирующим событием, является анализ игрового поведения, характера восприятия собственного телесного облика и других моментов, которые могут дать оптимальный объем данных для оценки достигнутого уровня психосексуального становления.

Необходимость определения уровня информированности в вопросах пола у лиц, потерпевших от сексуальных деликтов, в ходе проведения судебно-психиатрической и смежных с ней экспертиз подчеркивается многи-

ми исследователями, что можно продемонстрировать на примере юридического критерия беспомощного состояния. Так, М.М. Коченов (1980) отмечал необходимость установления прежде всего «*осведомленности* в области сексуальных отношений, регуляции половой жизни»; И.А. Кудрявцев (1999) подчеркивал важность выяснения «*информированности* потерпевшей в вопросах пола... способности оценить поведение виновного, свое поведение и ситуацию в целом с точки зрения морально-нравственных и правовых норм»; Ю.Л. Метелица (1990) указывал на значение «*понимания* внешней и внутренней стороны юридически значимых событий, а также их социального значения». И.А. Кудрявцев и М.В. Морозова (1996) придают большое значение анализу условий восприятия информации, оценки ее содержания, «степени объективной и субъективной значимости, сложности для ребенка воспринимаемых им событий».

Этот подход методически во всех приведенных источниках раскрывается недостаточно четко, а в реальной экспертной практике в соответствии с имеющимися рекомендациями ограничен специально направленной беседой о событиях криминальной ситуации. Несовершенство методического решения этой проблемы в отечественной экспертной психологии обусловлено прежде всего тем, что все упоминаемые указанными авторами признаки в своей совокупности образуют не что иное, как чисто сексологическое состояние, определяемое уровнем психосексуального развития и требующее поэтому специфического обследования.

Общепризнано, что психосексуальное становление является ступенчатым процессом, протекающим согласно строгим закономерностям. Так, первый этап психосексуального развития (половое самосознание) характеризуется наличием у детей способности дифференцировать окружающих людей по всем половым признакам (внешний вид, одежда, строение тела, половых органов), формированием сознания собственной половой принадлежности и уверенности в ее необратимости, а также любопытством, направленным на половые органы, на поведение животных и взрослых с констатацией элементов сексуального взаимодействия, что находит отражение в содержании игровой деятельности, включающей игры с имитацией элементов собственно сексуального взаимодействия («дом», «доктор»).

Второй этап психосексуального развития (полоролевое поведение) характеризуется выбором половой роли, наиболее соответствующей психофизиологическим особенностям и идеалам маскулинности/фемининности микросоциальной среды. В общении со сверстниками апробируется и закрепляется выбранная половая роль, отображающая различные аспекты человеческих взаимоотношений, в том числе и сексуальных.

Третий этап — формирование психосексуальных ориентаций — в последующем обусловливает выбор объекта влечения с его индивидуальными особенностями. Существует условное деление данного этапа на стадии формирования либидо: платоническую, эротическую и сексуальную.

Закономерностью психосексуального развития является фазность, свойственная каждому его этапу и стадии. В первой фазе (выработка установки) накапливается информация о существовании полов, о половой роли, об особенностях полового поведения, его внешних проявлениях и сущности, которая усваивается, перерабатывается в соответствии с индивидуальными особенностями и нормами микросоциальной среды. Во второй фазе (научение и закрепление установки) «на практике» в игровых ситуациях происходит научение, в процессе которого апробируются и закрепляются выработанные в первой фазе установки. Индивидуальную ориентацию в

каждой фазе можно считать завершенной только при наличии внутренней готовности к реализации сформированных тенденций.

Г.С. Васильченко (1990) указывал, что либидо также проходит длительную индивидуальную эволюцию, постепенно усложняясь и совершенствуясь. Он выделяет долибидонозную стадию, которая, характеризуясь развитием понятийного сознания, к либидо как таковому на первом этапе психосексуального развития (половое самосознание) никакого отношения не имеет. Ребенок постепенно осознает факт раздельнополости и относит себя к одному из двух полов. Данная стадия лишена какой бы то ни было специфической чувственной окраски, ей присущи только положительные эмоции, испытываемые ребенком от осознания себя представителем определенного пола. На втором этапе психосексуального развития (полоролевое поведение) происходит завершение развития понятийного сознания, в процессе которого ребенок осознает и выбирает приемлемые в отношении выбранного пола и соответствующие культуральным рамкам стереотипы поведения. На третьем этапе психосексуального развития (этап развития либидо) идет становление психосексуальных ориентаций, основа которых заложена на первых двух этапах.

Таким образом, в ходе экспертизы жертв сексуального насилия сексологическое исследование позволяет обеспечить теоретически обоснованную оценку предпосылок к сформированности полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций, так как каждый из этапов психосексуального развития подразумевает определенную сформированность восприятия (и понимания) потерпевшими информации сексуального характера.

Теоретические и практические аспекты исследования жертв сексуального насилия обсуждаются и в иностранной литературе. Следует сразу отметить, что использующиеся ими методологические подходы обусловлены задачей определения самого факта насилия, а также выяснения степени вероятности оговора или сокрытия реальных фактов насилия. Методически это решается с помощью интервьюирования с применением анатомически точных кукол, рисуночных процедур, проективных серий картинок и книг, анализа игрового поведения.

Среди распространенных методов изучения жертв сексуального насилия можно выделить метод интервьюирования ребенка с применением *анатомически точных кукол*. В первое время анатомически точные куклы использовались различными специалистами при исследовании детей с трудностями вербализации [Wakefield H., Underwager R., 1994]. Особенности манипуляций с куклами, различающимися по форме гениталий, по мнению многих специалистов, могут отражать факт сексуального насилия [Boat B.W., Everson M.D., 1988; Conte J.R. et al., 1991; Kendall-Trackett K.A., Watson M.W., 1992]. Однако американская психологическая ассоциация в 1991 г. дала заключение, что нет нормативных актов и универсальных стандартов для использования анатомически точных кукол. G. Wolfner и соавт. (1993) утверждали, что ненаучно диагностировать сексуальное насилие, основываясь на игре ребенка с куклой, поскольку и дети, не подвергавшиеся насилию, также допускают элементы сексуальности в игре с анатомически точными куклами. Многие специалисты на сегодняшний день не признают этот метод достаточно валидным для определения факта совершения насилия [Yates A., Terr L.C., 1988]. Тем не менее представляется, что применение этого метода позволяет ребенку выразить те переживания и события, которые он не может вербализовать, поскольку у него может быть не сформирован понятийный аппарат для описания важных для следствия событий.

Рисуночные проективные методы также пользуются большой популярностью среди исследователей. Приверженцы этого метода допускают существование отличий рисунка ребенка с эмоциональными проблемами от рисунка нормального ребенка. Широко известна серия дом—дерево—человек (House-Tree-Person), а также рисунок человека (Draw-A-Person). В рамках исследования этими методами осуществляются попытки выделения различных «индикаторов» — использование цвета, подчеркивание размеров деталей частей тела, таких как руки, форма фигуры [Koppitz E.M., 1968; Dileo J.H., 1973; Myers D.V., 1978; Yates A., 1985]. Однако специалисты отмечают, что нет достоверных «индикаторов», дифференцирующих сам факт сексуального насилия, и что на сегодняшний день нет достаточно четких подтверждений валидности применения и этого метода для определения факта сексуального насилия [Wakefield H., Underwager R., 1988, 1989].

Книги и серии проективных картинок также используются при обследовании жертв сексуального насилия. Книги, как правило, включают в себя иллюстрации, позволяющие обсудить ситуации, обыгрывающие «хорошие» и «плохие» прикосновения. Ребенка просят показать или раскрасить цветом часть фигуры, соответствующей той части тела, к которой прикасался взрослый. Исследователи однако отмечают, что в такой ситуации велика вероятность непредумышленного влияния взрослого (эксперта) на рассказ ребенка [Wakefield H., Underwager R., 1994]. Для исследования ритуальных изнасилований также используются серии картинок с изображением сатанинских ритуалов [Sanford D., 1990].

Наблюдение в ходе ролевых игр позволяет определить паттерны игрового поведения ребенка, содержащие агрессивные действия, а также те, которые можно было бы обозначить в терминах страха, тревоги и сексуальности [Archer J., 1988]. Однако, по данным исследователей, 75 % детей в возрасте от 3 до 6 лет предпочитают истории с насилием и агрессивностью, их фантазии могут включать в себя монстров [Ames L.B., 1966; Pitcher E.G., Prelinger E., 1966].

Другое направление зарубежных исследований в области изучения жертв сексуального насилия — разработка коррекционных программ. Так, основной целью Центра по изучению жертв сексуального насилия в Мемфисе является помощь жертвам насилия при возникновении посттравматических стрессовых расстройств, адаптация и реабилитация их в последующем. В Центре подготавливаются и отрабатываются программы для оказания квалифицированной помощи, составляются опросники для изучения жертв сексуального насилия, а также создаются обучающие программы, помогающие таким детям правильно вести себя во время судебного разбирательства. Обучающие программы направлены на предотвращение поведенческих и эмоциональных срывов у детей во время судебного процесса, при этом не оказывая какого-либо влияния на содержание показаний потерпевшего.

В качестве основного методического подхода при изучении жертв сексуального насилия в основном используются опросники и ретроспективные самоотчеты [Rogers M.L., 1990].

Изучая сексуальное поведение детей, D. Finkelhor и соавт. (1988) указывали, что элементы сексуального поведения дошкольников, подвергавшихся насилию и не подвергавшихся таковому, не зависели от возраста, а отражали психосексуальное становление детей, поэтому констатация сексуального насилия по одним поведенческим предикторам не является адекватной и должна рассматриваться в более общем плане с учетом социокультуральных рамок.

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время методология и методика исследования способности к восприятию потерпевшими сексуальных деликтов являются недостаточно разработанными и требуют теоретического обоснования. При этом очевидно, что каждый из методов изучения поведения жертв сексуального насилия в том или ином виде должен подразумевать обязательный анализ степени сформированности и ориентации потерпевшего в вопросах сексуальной сферы, что в свою очередь затруднительно без исследования психосексуального развития потерпевших.

И.А. Кудрявцев и М.В. Морозова (1996) считают, что экспертная оценка должна производиться совместно психиатрами и психологами, однако замечают, что психология располагает наиболее адекватными методологическими подходами, понятийным аппаратом и методами для решения задач по оценке способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания.

В модели, предложенной ими, обобщены факторы, анализируемые специалистами в ходе решения экспертных вопросов в отношении несовершеннолетних потерпевших: 1) возрастной (сформированность психических функций в зависимости от возрастного периода); 2) ситуативный (особенности ситуации, ее сложность, эмоционально-травмирующий характер); 3) личностный (сформированность собственных морально-нравственных оценок и возможность их влияния на поведение, осознание). Кроме того, выделен дизонтогенетический фактор, позволяющий учитывать нарушения психического развития. Рассмотрено влияние каждого из этих факторов на юридически значимые функции.

Среди аспектов, определяющих функции восприятия и воспроизведения интересующей следствие информации, выделено два: 1) потенциальная способность к восприятию/воспроизведению и актуальная возможность реализации этой способности (в криминальной и посткриминальной ситуации); 2) доступный уровень осмысления информации — внешний характер и внутреннее значение. Потенциальная способность к восприятию/воспроизведению информации зависит от сформированности психических процессов и психологических структур в различных возрастных периодах и особенностей этих процессов и структур при дизонтогенетическом развитии. Соотнесение потенциальной способности правильно воспроизводить воспринятые факты с конкретной ситуацией определяет актуальную возможность ее реализации.

Таким образом, оценка способности воспринимать/воспроизводить юридически значимые обстоятельства включает два типа задач:

1) определение сохранности предпосылок, т.е. потенциальной способности к восприятию/воспроизведению и актуальной возможности ее реализации в юридически значимые моменты;

2) определение доступного для подэкспертного уровня понимания воспроизводимой информации о конкретных криминальных событиях: воспроизведение только внешней фактической стороны или внутренней содержательной. При этом внешней, фактической стороной воспринимаемых событий является восприятие их на уровне чувственного отражения, а внутренней, содержательной, стороной — понимание объективного (культурного, социального) значения происходящего события.

В описанной модели не рассматривается вопрос о способности оказывать сопротивление, которая, однако, напрямую связана со степенью сохранности восприятия и понимания. М.М. Коченов (1980) отмечал, что способность оказывать сопротивление зависит от ряда факторов: 1) от глу-

бины и полноты понимания ситуации, в частности ее специфического содержания и намерений обвиняемого; 2) от особенностей характера, например активности, умения принимать самостоятельные решения, смелости, выработанных способов преодоления препятствий; 3) от временного эмоционального состояния, обусловленного ситуацией, или устойчивых психических состояний. Автор подчеркивает: несмотря на то что способность потерпевших понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление может зависеть от одних и тех же психологических причин, нельзя говорить об их полном совпадении. Ф.С. Сафуанов (1998) также подчеркивает необходимость анализа эмоционального состояния потерпевшей и ее индивидуально-психологических особенностей при изучении способности оказывать сопротивление.

В литературе описаны также методические принципы решения данных экспертных вопросов. Для изучения способности к восприятию и воспроизведению используются пробы, релевантные данным психическим процессам. Это пробы на восприятие предметов и их сочетания, на удержание и воспроизведение информации (непосредственное, опосредованное, отсроченное), определение уровня развития мышления, способность к планированию поведения, прогнозированию развития событий, способность к установлению причинно-следственных связей [Конышева Л.П., 1988; Морозова М.В., Кудрявцев И.А., 1996; Сафуанов Ф.С., 1998].

Однако, как отмечает О.Д. Ситковская (1998), одних стандартных психологических методов недостаточно для решения ряда экспертных задач. Методики «исключение предметов», «классификация предметов», «называние изображений», «воспроизведение рассказа» и т.д. рассчитаны на выявление способности или неспособности преимущественно к элементарным операциям, и для оценки сохранности юридически значимых процессов в сложной уголовно значимой ситуации способность субъекта к этим операциям имеет вспомогательное значение. Констатация способности потерпевших воспринимать обстоятельства сексуального деликта, понимать его характер и значение будет неполной при использовании только традиционных психологических методик.

М.М. Коченов (1980) указывал, что обоснованные выводы по данным экспертным вопросам могут быть получены в том случае, если в понятие криминальной ситуации (при определении ее сложности) включена вся совокупность имеющих сексуальную направленность действий обвиняемого, т.е. потерпевшая «должна уметь уловить в действиях обвиняемого признаки намерения вступить в близкие отношения». О.Д. Ситковская впоследствии (1998) рассмотрела концепцию «информационных объектов», изучение ориентировки в которых является необходимостью для любых экспертиз по способности к восприятию и пониманию. Так, она отмечала, что при исследовании особенностей восприятия в определенной ситуации следует выделять специфический круг информационных объектов, содержание которых ориентирует поведение потерпевшего в данной ситуации.

В случаях экспертизы жертв сексуального насилия такие «информационные объекты» отражаются в сфере полового самосознания, одним из условий формирования которого является уровень психосексуального развития. Однако стандартное экспертное психологическое обследование дает возможность отследить лишь сформированность и особенности протекания юридически значимых процессов — способности к запечатлению, хранению, переработке и воспроизведению информации. Такое исследование выявляет лишь потенциальную способность к осуществлению юридически значимых процессов, однако ответ на вопрос о том, как они конкретно

проявляются в юридически значимой ситуации, имеющей к тому же специфический характер, невозможен без изучения ориентировки в «информационных объектах», связанных с сексуальностью.

Актуальным в этом контексте становится использование *направленного психологического исследования*, позволяющего не только объективизировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере — личностных смыслов, отношений, установок, т.е. диагностические задачи, стоящие перед психологом, ориентируют прежде всего на уточнение степени сформированности полового самосознания, особенностей восприятия гендерной информации [Ткаченко А.А., Догадина М.А., Дворянчиков Н.В., 1999]. Это исследование представлений о полоролевых нормативах (когнитивная дифференцированность, особенности эмоционального к ним отношения), включенности их в систему личностных смыслов, ценностей, особенностей их интериоризированности, возможности их участия в регуляции психических процессов. Таким образом исследователь получает данные, которые могут быть недоступны в рамках психиатрического и стандартного психологического исследования, и в этом плане не только верифицируют и объективизируют их, но и существенно дополняют.

Направленное психологическое исследование сексуальной сферы жертв сексуального насилия предполагает более дифференцированный подход как при изучении становления этапа психосексуального развития потерпевших, так и при вынесении оценочных решений о их способности воспринимать обстоятельства сексуального деликта, понимать характер и значение совершаемых в отношении них противоправных действий.

С этих позиций каждый из сформулированных И.А. Кудрявцевым и М.В. Морозовой факторов (возрастной, ситуативный, личностный, дизонтогенетический) в ситуациях сексуального правонарушения предполагает сочетание сексологического и направленного психологического исследований, позволяющее производить анализ степени сформированности и ориентации потерпевшего в вопросах сексуальной сферы: 1) «возрастной» — уровень психосексуального развития как предпосылка к владению содержанием сексуальных понятий с разным уровнем обобщения и запоминания (понятийная фаза мышления); 2) «дизонтогенетический» — определяет участие нарушения психосексуального развития в способности к восприятию гендерной информации; 3) «личностный» — можно определить через степень интериоризированности половых норм, их соответствия ценностям и т.д., т.е. фактор, который позволяет выяснить участие предпосылок (возрастного и дизонтогенетического факторов) в определении потенциальной способности к восприятию/воспроизведению информации; 4) «ситуативный» — определяет именно актуальную способность испытуемого к реализации юридически значимых процессов в определенной, интересующей следствие, ситуации. Он включает анализ субъективной сложности понимания конкретной ситуации для испытуемого с учетом взаимодействия всех указанных факторов — полового самосознания, интериоризированности полоролевых норм, особенностей восприятия гендерной информации, психосексуального развития (т.е. взаимодействие возрастного, личностного и дизонтогенетического факторов).

Психологическое исследование несовершеннолетних с использованием методов МиФ, «Кодирование» позволило рассмотреть комплекс факторов, отражающих «возрастной», а также «личностный» и «дизонтогенетический» аспекты уровня сформированности личностных структур, релевантных половому самосознанию.

Выявлено, что испытуемые, у которых сформирован только этап *полового самосознания*, характеризуются формальностью, атрибутивностью восприятия полоролевых стереотипов (образов мужчины и женщины), их субъективные представления о паттернах полоролевого поведения и полоролевые предпочтения детерминированы оценками окружающих без дифференцирования по половым качествам (т.е. идеальное «Я» в равной степени определяется как оценками мужчин, так и женщин). Образ «Я» таких испытуемых характеризуется недостаточной дифференцированностью по полоролевым качествам. Полученные результаты свидетельствуют о несформированности базовых структур половой идентичности в этой группе подэкспертных.

Девочки, находящиеся на этапе *полоролевого поведения*, характеризуются более четким восприятием образа женщины (женский полоролевой стереотип — пропорция М/Ф соответствует культуральной), однако их субъективные представления о собственных паттернах полоролевого поведения недостаточно дифференцированы. Отмечается также поверхностность представлений об образах мужчин и женщин, ориентировка в которых производится преимущественно с опорой на эмоционально нейтральные качества. Таким образом, констатируется недостаточная сформированность базовых структур половой идентичности, паттернов полоролевого поведения при большей определенности «женских» полоролевых стереотипов.

Испытуемые, пребывавшие на этапе *психосексуальных ориентаций*, четко понимают инструкции к предложенным заданиям. Образ «Я» четко дифференцирован по полоролевым качествам, представление об образе женщины соответствует нормативным. Испытуемые этой группы демонстрируют более четкий паттерн полоролевого поведения, их восприятие «мужской» и «женской» половой роли не атрибутивно и не формально по сравнению с представителями остальных групп и в меньшей степени определено внешними оценками окружающих, что отражает большую степень интериоризации половой роли. Поэтому можно говорить о сформированности базовых структур половой идентичности у данных испытуемых.

Таким образом, использование направленного психологического исследования предполагает более дифференцированный подход при изучении как становления этапа психосексуального развития потерпевших, так и сформированности базовых структур половой и полоролевой идентичности, их влияния на становление полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций.

Определить влияние степени сформированности структур полового самосознания на способность к восприятию и пониманию характера и значения действий обвиняемого также позволяет соотнесение возрастного и личностного факторов с ситуативным.

В отношении испытуемых, у которых отмечается несформированность базовых структур половой идентичности (недифференцированность представлений о полоролевых стереотипах, ориентировка на внешние атрибутивные признаки роли мужчин и женщин, зависимость полоролевого предпочтения от мнения как мужчин, так и женщин, недифференцированность полоролевой идентичности образа «Я»), выносилось экспертное заключение о способности восприятия ими лишь внешней стороны противоправных действий, констатировалось и отсутствие способности понимать характер и значение направленности сексуального деликта. Подобная однородность экспертных оценок определялась и особенностями психосексуального развития потерпевших, которые владели лишь информацией о формальном различии полов и по данному признаку относили себя к одно-

му из них, понятийная фаза формирования сексуальности была ограничена формальными представлениями.

Те испытуемые, в отношении которых выносилось экспертное заключение о наличии у них способности к правильному восприятию направленности сексуального деликта, при экспертной квалификации их способности понимать характер и значение противоправных действий были неоднозначны. При сформированности базовых структур половой идентичности у испытуемых данной группы (девочек) отмечаются преобладание фемининных черт над маскулинными, дифференцированность полоролевой идентичности образа «Я», независимость полоролевого предпочтения от мнения окружающих как мужчин, так и женщин и четкий паттерн полоролевых стереотипов. Неоднородность экспертных оценок в отношении способности потерпевших понимать характер и значение направленности деликта в этих случаях может объясняться различной степенью асинхронии психосексуального развития, которое в данном случае сопровождается дисгармоничным становлением психических структур, участвующих в формировании базовых основ полоролевой идентичности, и, следовательно, понятийного компонента сексуальности.

Судебно-психиатрическое значение особенностей психосексуального развития потерпевших от сексуального деликта заключается в том, что оно дает возможность оценить фазу понятийного развития либидо потерпевшего при восприятии им специфической направленности деликта. Направленное психологическое исследование сформированности базовых структур полоролевой идентичности позволяет более дифференцированно в каждом конкретном случае подходить к оценке психологических критериев способности воспринимать обстоятельства сексуального деликта, понимать характер и значение противоправных действий обвиняемого. Таким образом задаются и принципы взаимодействия всех трех специалистов (психиатра, сексолога и психолога) при решении данных задач (схема 12.1).

Ниже приводится экспертный случай комплексного сексолого-психолого-психиатрического исследования потерпевшего от сексуальных деликтов, при анализе которого реализовывалась предложенная методология.

Д., 13 лет, потерпевший от насильственных действий сексуального характера. Наследственность испытуемого психопатологически не отягощена. Он родился от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, первых родов с наложением щипцов. Отмечались токсикоз и угроза выкидыша на всем протяжении беременности, при родах — разрыв промежности. Мать всю беременность лежала в больнице на сохранении. Родился 9-месячным, «замотался в пуповине, была остановка сердцебиения». Масса тела при рождении 3450 г, длина 52 см. Мать по характеру вспыльчивая, отходчивая. Отец здоров, работает в милиции, по характеру «лживый». Мать не работает, отец с семьей не живет. Родители испытуемого развелись, когда ему было 2 года. Отец «был ненадежный, мог уйти на 1—2 нед жить в общежитии». Испытуемый до года был беспокойным, крикливым, наблюдался по поводу гимомегалии. Часто болел ОРЗ, бронхопневмонией, перенес скарлатину. В детском саду отмечались повышенная возбудимость, частые драки с детьми. В школу пошел с 8 лет, учился слабо. Из показаний матери известно, что в школе он не проучился и полугода, потому что учительница «старой закалки» говорила, что он всегда кого-то задевает. По мнению матери, она его почему-то невзлюбила, а такое отношение учителя передалось и одноклассникам. Пятеро детей избили его, а когда он схватил палку, которая оказалась с гвоздем, его сочли психически нездоровым. В результате этого избиения на его лице были ссадины, небольшая гематома, в больнице он не лежал, находился дома в течение 2 нед. После зимних каникул был переведен матерью в другую школу, где сразу же потребовали справку о его

Схема 12.1

Алгоритм комплексной судебной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы потерпевших

Клиническое психологическое
Выявление структуры нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности с выделением патопсихологических комплексов, обладающих дифференциально-диагностической информативностью

Психиатрическое
Выявление и квалификация психопатологических расстройств, ретроспективная и актуальная оценка психического состояния на период криминальной и посткриминальной ситуации

Сопоставление нозологических форм и синдромальных образований с медицинскими критериями беспомощного состояния, способности к даче показаний

Экспертное психологическое
Определение доступного уровня осмысления юридически значимой информации, степени сформированности психических процессов, обеспечивающих ее восприятие и воспроизведение

Определение меры актуальной возможности реализации психических процессов и функций, на всех этапах развития конкретной криминальной ситуации и посткриминальной

Оценка соответствия достигнутого уровня развития сохранных психических функций требованиям юридически значимых

Направленное психологическое
Уточнение степени сформированности полового самосознания, особенностей восприятия гендерной информации, представлений о полоролевых нормативах (когнитивная дифференцированность, эмоциональное отношение) и их интериоризированности

Сексологическое
Анализ психосексуального развития с оценкой степени сформированности фаз научения соответствующих онтогенетических этапов становления сексуальности

Установление соответствия актуальной ситуации уровню психосексуального развития, причинно-следственных связей между противоправным поведением и аномалиями сексуальности потерпевшего

психическом здоровье. До окончания 1-го класса его вела учительница, которая смогла найти с ним общий язык, но потом она ушла из школы. Первый класс закончил средне, двоек не было. Способности и интерес были к математике, труду и рисованию, с русским были проблемы. Во 2-м классе учительница «невзлюбила» его, якобы необоснованно не пускали в школу, считали, что он «ненормальный», отличается от других детей своим поведением, конфликтностью. Мать жаловалась в РОНО, обращалась в прокуратуру. Учителя считали его трудным, хотели, чтобы он перешел на индивидуальное обучение, так как из-за конфликтности он не уживался в коллективе. С 5-го класса он перешел на индивидуальное обучение. В 10 лет ему

было проведено электроэнцефалографическое исследование, при котором были выявлены регуляторные изменения на базе заинтересованности мезодиэнцефальных структур в степени от легкой до умеренной. Обращали на себя внимание повышенная представленность острых колебаний неспецифического характера и неустойчивая, негрубо выраженная асимметрия острых волн и тета-колебаний в теменных отделах, слева больше, чем справа. Была выдана справка о проведении консультации, в ходе которой было сделано следующее заключение: «Ребенок социально адаптировзн. Отмечаются легкие регуляторные расстройства в деятельности (трудности переключения, повышенная тормозимость слухоречевых следов). Интеллект соответствует возрасту». Через год испытуемый находился на стационарном лечении в детской ГКБ с диагнозом: «Ушиб мягких тканей затылочной области на резидуальном фоне. Ушиб передней брюшной стенки». По его словам, он был избит сверстниками. При осмотре нейрохирургом общее состояние было оценено как удовлетворительное. В отделении испытуемый конфликтовал с больными, неоднократно уходил из отделения, не реагировал на замечания. Заключение психоневролога: «Органическое поражение ЦНС вследствие родовой травмы с девиантным поведением». Как следует из характеристики на ученика 5-го класса, мальчик учится удовлетворительно, хотя его способности позволяют ему учиться лучше. Он хорошо усваивает новый материал, обладает хорошей памятью, любознателен. Любит читать, рисовать. Однако во время уроков быстро утомляется. Самыми продуктивными для него являются 1—2-й уроки, в дальнейшем он либо начинает заниматься, «чем ему хочется» (рисует, читает), либо просто ничего не делает. В общении с детьми вспыльчив. Старается найти себе друзей в классе, может спокойно общаться с детьми, но не всегда может контролировать свое поведение. Указано, что, когда он спокоен, — это добрый, отзывчивый, воспитанный мальчик. После травмы черепа отмечались частые головные боли, снизилась память, стал раздражительным, легко возбудимым. Редко наблюдались сноговорение, снохождение. Со слов инспектора детской комнаты милиции: постоянно в бегах, мать конфликтная, считает сына здоровым, винит всех, согласия на постановку на учет не дает. Испытуемый же ездит на поездах, стал брать дома деньги, фотоаппарат, велосипед. В школу не ходит. Из показаний матери известно, что учеба ухудшилась после избиения. Мать застала его дома, когда он из деревяшек что-то мастерил топором, которым испортил линолеум, она отругала его за это, он обиделся и ушел первый раз из дома на ночь, бродил по парку, рядом с которым живет бабушка. Там он познакомился с мальчиками из неблагополучных семей, у которых пьют родители, и они дома не живут. Через них «вышел» на Казанский вокзал, начал уезжать в другие города; мать забирала его из приемника-распределителя. При встрече «вешался на шею», извинялся, говорил, что больше так поступать не будет.

Свои уходы из дома и поездки никак матери объяснить не мог, говорил, что не хочет, чтобы им кто-то командовал, вольная жизнь — это для него. Эти побеги продолжались в течение года, убегал 12—14 раз на одну-две ночи. Дня два мать за руку водила его в школу, но он снова сбегал, взяв деньги. Врачом поликлиники был направлен в детскую психиатрическую больницу. В психическом статусе при поступлении отмечено, что испытуемый лжив, его речь косноязычная, словарный запас бедный. Интересы игровые, не переживает стационирование, всем доволен. Легко возбудим, двигательно расторможен. Уезжает из дома, потому что мама «не очень хорошая». Вдыхает пары клея до 6 раз в день, отмечается зависимость от него, выражающаяся в раздражительности, агрессивности, снижении настроения; после вдыхания чувствует себя легко и весело. Курит, ворует клей из торговых палаток. На уроках устает, ему хочется спать. В соматическом статусе было отмечено токсическое увеличение печени вследствие злоупотребления клеем «Момент». На ЭЭГ отмечались легкие диффузные неэпилептиформные патологические изменения с дельта-волнами повышенной амплитуды в лобно-височных отделах. На рентгеноскопии черепа были выявлены признаки гидроцефалии в стадии компенсации. Выписан с диагнозом: «Психопатоподобный синдром вследствие раннего органического поражения ЦНС». Со слов матери, в больнице сын изменился по характеру: стал агрессивным и в то же время заторможенным, плохо понимал, чего от него хочет мать, злился на врачей, на мать за то, что положила его в больницу. На сле-

дующий день после выписки сбежал из дома. Стал бегать на вокзалы, где знакомился с мальчиками. Убегал часто, но на 1—2 дня, потом его либо задерживала милиция, либо он сам возвращался. Как следует из материалов уголовного дела, в течение 3 мес в одной из московских квартир З. и другие лица под угрозой применения насилия совершали с малолетними Д. и С. насильственные действия сексуального характера в оральной и анальной формах. Мать увидела его в подземном переходе возле станции метро, он стал вырываться, орать, драться, кусаться, в отделении милиции кричал, что его одевает, обувает и кормит коломенская мафия. Вместе с ним в переходе был С. Сын ей рассказал, что З. кормит его, дает детям деньги, чтобы они покупали себе еду, заботится о них, дает одежду. Из показаний матери также известно, что она встретила С., который рассказал ей, что он ходит по вокзалам и рядом с гостиницами, собирая клиентов-гомосексуалистов. Ребенок приводит клиента на квартиру, потом идет в ванную, а в это время врываются люди в милицейской форме, угрожая клиенту расправой, забирают у него деньги и прочее. Из показаний самого потерпевшего Д. следует, что на Казанском вокзале он встретил С., фамилию которого не знал, тот привел его в квартиру к З., позже появился мальчик Костя, они поели и легли спать. Через 3 дня появился мужчина по имени Валера, он хвастал тем, что убил много людей, при нем находились «травка» и зерна. Валера и З. делали «паровозики» и давали детям курить. Потом З. сказал, чтобы он, Костя и С. ходили по вокзалам, ложились на сидение в зале ожидания и ждали, когда к ним подойдут клиенты-гомосексуалисты, пригласят к себе домой и совершат с ними половой акт. Он предложил испытуемому деньги, в зависимости от того, сколько им удастся «выбить» с клиента. Дети согласились, стали ходить по вокзалам. Костя ему «поставил» одного, С. — двух или трех, испытуемый — одного. Неделю назад, перед 8-м Марта, З. подошел к испытуемому и предложил взять в рот его половой член, сказал, что это на всякий случай, если они не успеют доехать до клиента, чтобы тот знал, как это делается. Испытуемый взял в рот его член, это продолжалось недолго, меньше минуты, потом тот сказал, что хватит. Один раз, еще незадолго до этого дня, Валера пытался засунуть испытуемому в задний проход свой половой член, ему стало больно, и он сказал, чтобы тот перестал, и он отстал от Д. З. давал половой член в рот С. несколько раз, показывая испытуемому, как это делать. С. сосал половой член при Д., чтобы его научить. Костя однажды познакомился у Измайловского парка с мужчиной по кличке «Импотент», Д. с Костей однажды ездил туда, но он с ними ничего не успел сделать. На этой квартире испытуемый встретил 16-летнего знакомого, который сказал, что если тот в милиции что-нибудь скажет, то его будут насиловать. Из показаний 13-летнего свидетеля С. известно, что он познакомился с Д., который познакомил его с З., тот учил его, как завлекать мужчин, чтобы вступать с ними в половой акт через рот или задний проход, однако он на вокзал якобы не ездил. Примерно перед праздником 8-го Марта З. сказал, что хочет его проверить, сможет ли он работать с клиентами-мужчинами, и для этого он должен его «трахнуть». Он поставил его на четвереньки и ввел свой половой член ему в задний проход. Было больно, но он терпел, не вскрикнул даже. Когда тот через 2—3 мин вынул свой член, то сперму выпустил на постель, на одеяло. При этом он его не ласкал, не целовал, не бил. Ребята говорили, что такие же вещи он проделывает и с С., и с Д., причем Д. сказал, что ему это понравилось.

Из показаний матери С. известно, что она со слов матери Д. знает, что с Костей З. совершал половые акты, Д. якобы не трогал. Молодая девушка в отделении милиции сказала ей, что с Д. З. «жил» часто и не только он. С. говорил, что З. закрывал Д. в комнате, где все и происходило. Д. выходил оттуда улыбаясь, ему это нравилось. С. также рассказывал, что З. в его присутствии онанировал, а сперму выпускал на него. Кроме того, Д. насиловал и знакомый З. Д. была проведена судебно-медицинская экспертиза, которая установила отсутствие у него признаков, характерных для лиц, систематически совершающих акты мужеложества в качестве пассивного партнера. Вновь давая показания, Д. сообщил, что, когда З. заставлял его брать член в рот, запугав его, что об этом станет известно другим, заставил также искать клиентов на Казанском вокзале. Потерпевший С. сообщил, что однажды из любопытства он заглянул в маленькую комнату, зная, что там Д. с З. На матраце лежал на животе одетый в брюки — сверху ничего не было — Д. Над ним

на коленях, одетый только в рубашку, без брюк, стоял З., в руках держал свой член, из которого на спину Д. брызгала сперма. По лицу Д. было видно, что это ему нравится. В милиции С. слышал, как Д. спрашивал у З.: «Можно я все свалю на Валеру?», тот ответил: «Сваливай». Со слов матери испытуемого известно, что у детей, как она поняла, был где-то в Измайлове кто-то вроде постоянного клиента по кличке «Импотент». Д. с Костей ездили к нему на встречи. Если он их принимал, то звонили по телефону. Д. говорил, что З. заставлял его брать в рот половой член, а когда тот отказывался, З. говорил: «Д., не раздражай меня». Костя и С. говорили, что с ним и с Костей были половые контакты. Кроме того, Д. ей сам сказал, что их «имели» все. В отделении милиции испытуемый кричал, что ему это не нравилось, что его заставляли. В амбулаторной карте диспансерного отделения ДПБ указывается, что испытуемый постоянно в бегах, легко возбудим, конфликтует с матерью. Дружит с ребятами старше по возрасту. В школу не ходит, губы покусаны, круги от сосания губ, в школу водит мать. Вновь находился на лечении в ДПБ. Известно, что после предыдущей выписки сбежал из дома на следующий день. Катался на трамвае, ночевал в подвалах, на чердаках, в чужих квартирах. Пил пиво, курил, нюхал пары бензина. Во дворе конфликтовал с ребятами, жестоко дрался. Летом повесил кошку. Наговаривал на мать, что она алкоголичка, его не кормит. Дома все ломает, иногда со злости, иногда играет таким образом, делая из предметов оружие. Общается в основном с подростками старшего возраста с асоциальным поведением, обирает с другими пьяных на улице. Иногда бывает очень ласков, любит ухаживать за младшими детьми. «Лжив», запас сведений об окружающем в пределах возрастной нормы. Признался, что грабил коммерческие палатки. Третий раз был госпитализирован в ДПБ спустя 3 дня после выписки, в течение 3 мес находился на стационарном лечении, следующее стационирование в ДПБ — через 3 дня. При поступлении указывалось, что он по-прежнему аффективно возбудим, конфликтен, отказывается идти в школу, склонен к бродяжничеству, воровству. Контакту был доступен, ориентирован полностью. Держался без чувства дистанции. Фон настроения ровный. Причиной госпитализации считал то обстоятельство, что после выписки грубил матери, не слушался, отказался идти в школу. Был недостаточно откровенен. Себя характеризовал веселым, общительным. Отмечал, что после перенесенной черепно-мозговой травмы год назад стал быстрее уставать. В отделении был спокоен. Стал более продуктивен на занятиях. С диагнозом: «изменения личности вследствие органического заболевания мозга. Психоорганический синдром» был выписан через месяц условно. Однако спустя неделю детской поликлиникой был возвращен на долечивание. Основные жалобы заключались в побегах из дома, раздражительности, аффективной возбудимости, конфликтности, отказе от посещения школы, агрессивности, склонности к бродяжничеству и воровству. Указывалось, что он вдыхает пары клея, употребляет спиртные напитки, курит. При поступлении сознание его нарушено не было, был полностью ориентирован, контактен. Настроение снижено, был расстроен госпитализацией, негативистичен. Интеллект сохранен, мышление замедлено, склонен к обстоятельности, критика его к поведению и состоянию была недостаточная. При осмотре пациента в отделении фон настроения был ровный. Не отрицал, что после выписки грубил матери, не слушался. Был настроен учиться. Отмечено, что иногда бывают головные боли, «но реже». Воровство, вдыхание паров клея относил к прошлому, появилась некоторая критика. Однако был недостаточно откровенен. Себя характеризовал веселым и общительным. Познавательные интересы не выражены. Любимое занятие — гулять на улице. Запас знаний и представлений об окружающем был в пределах невысокой возрастной нормы. Страхи, обманы восприятия отрицал. Запас общих сведений невелик. Интеллект отражал невысокую норму. Была несколько снижена память. В последующем находился в больнице с предварительным диагнозом: «Психоорганический синдром вследствие раннего органического поражения ЦНС множественной этиологии. Психопатоподобный синдром». В показаниях Д. рассказал, что 2 мес назад мать опять сказала ему, чтобы он не разговаривал ни с кем из милиции, со следователем, педагогами, врачами, не давал никаких показаний, поэтому отказался отвечать на вопросы. При настоящем комплексном психолого-сексолого-психиатрическом обследовании выявлено следующее.

Психическое состояние. Внешне вял, бледен, мимика бедная, в мимических движениях участвует в основном нижняя половина лица. Постоянно перебирает пальцами, трогает себя за бедра, часто закусывает губы. Поза напряженная, часто подтягивает ноги к животу, ерзает по креслу. На врача старается не смотреть, часто зевает. На вопросы отвечает неохотно, голос монотонный, речь дизартричная, часто невнятная, быстро, на одном дыхании выпаливает фразу. Настроение снижено, подавлен, в беседе быстро истощается, замолкает. Мышление с чертами вязкости, обстоятельности, суждения конкретные. На оговорку врача никак не отреагировал, пытался буквально выполнить заведомо невыполнимую инструкцию, даже после объяснения не понял смысла недоразумения. Рассказал, что последний год бывают беспричинные состояния «веселости», когда тянет «похулиганить», в это время много ест, может выпить «графинчик» воды. Однако чаще настроение плохое, болит голова, нет интереса к учебе. Равнодушным тоном рассказывает о том, как нюхал клей, пил пиво, водку. Заявил, что рассказывать о «приставаниях З.» ничего не будет, потому что ему неприятно об этом вспоминать. При этих словах черты лица уплощаются, взгляд расфокусируется, на лице появляется выражение растерянности, страха. В то же время колеблется, когда его просят сказать о своем отношении к З., неуверенным голосом говорит, что тот плохой человек, обижал его, при этом враждебности в тоне не чувствуется.

Психологическое исследование. Испытуемый контактен, легко включается в ситуацию обследования. В ходе работы нарастает истощаемость, отмечаются трудности усвоения инструкции с первого предъявления. Выражена повышенная отвлекаемость в ходе заданий, отмечаются трудности сосредоточения на длительной монотонной деятельности. Эмоции успеха-неуспеха адекватны и в ходе задания выполняют регулирующую функцию. При исследовании непосредственной слуховой памяти (методика 10 слов) кривая запоминания 6—8—8—8, отсроченное — 8 слов, объем памяти соответствует возрастной норме, страдает преимущественно порядок воспроизведения. Испытуемый допускает при воспроизведении привнесение слов, схожих по звучанию со стимульными понятиями (контаминации, парафазии). Зрительный и слуховой гнозис сохранен, испытуемый способен опознавать «зашумленные» фигуры (проба Попельрейтера), называть их и идентифицировать предметы по названию. Результаты применения методики «Пиктограмма» свидетельствуют о сохранной роли рисунка при опосредованном запоминании. При этом образы-рисунки характеризуются однообразностью и стереотипностью, что может отражать аффективную ригидность испытуемого. При исследовании мыслительной деятельности (методика «4-й лишний») выявляются снижение уровня обобщения, доступного испытуемому, преобладание конкретно ситуационных обобщений (так, в карточке «корабль, матрос, телега, машина» выделяются «машина» и «телега» — «они не подходят, так как по суше передвигаются»). Выявляются также искажения процесса обобщения, что проявляется в ответах, производимых с опорой на формальные, несущественные признаки (в карточке «солнце, электрическая лампочка, керосиновая лампа, свеча» как лишний выделяет солнце, «так как его свет зависит от того, когда заходит или восходит солнце, а остальные светят независимо»). При использовании методики «Простые аналогии» выявляются значительные трудности в установлении причинно-следственных соотношений, а также соотношения «часть—целое», «противоположности», что может отражать недостаточную сформированность прогностических функций. В то же время испытуемому доступно установление соотношения между понятиями, близкими по смыслу. При исследовании способности к составлению рассказа по серии картинок («последовательные картинки» из X субтеста Векслера) выявляется доступность установления связи в серии простых картинок только на уровне понимания фактической стороны событий, в то время как воссоздание последовательности более сложных картинок (содержащих некоторый подтекст, затрагивающий нюансы межличностных взаимоотношений) было затруднено и проводилось с опорой на формальные характеристики ситуации. Это также наблюдается при применении подросткового варианта ТАТ, где испытуемый затрудняется в составлении рассказов по картинке, заменяя задание перечислением элементов и их взаиморасположения («женщина читает книгу, а за окном мужчина с женщиной гуляет»), при этом ответ на вопрос о

чувствах, переживаниях героев вызывает у испытуемого затруднение. Понимание смысла рассказов также ограничивается формальностью понимания сюжета (так, в рассказе «Галка и голуби» испытуемый высказал главную мысль текста так: «Галка хотела поесть и не получилось, ее выгнали из-за того, что она окрасилась в белый цвет»). При составлении рассказа по сюжетной картинке (по памяти) выявляется недостаточность целостного восприятия сюжета, испытуемый строит свой рассказ с опорой на отдельные детали, достраивая по ним в рассказе картину, не соответствующую реальному сюжету. Это свидетельствует о тенденции заполнять пробелы в восприятии в соответствии со сформированным образом мира или по ассоциации с актуальной ситуацией (о чем свидетельствуют также данные исследования непосредственной слуховой памяти). При применении проективных методов («Рисунок несуществующего животного», «Рисунок человека», Люшера, ЦТО) выявляются стремление избегать конфликтов с окружающими и идти на уступки, эмоциональная напряженность и подозрительность; стремление оказывать влияние на ход событий и играть в них более активную роль; испытуемый чувствует недостаточное понимание его другими, обнаруживает эгоцентризм, он стремится обрести чувство превосходства над окружающими и утвердиться в собственном мнении, выражены потребность в знаках внимания и признания со стороны других, а также подверженность внушению в ситуации давления (проба на внушаемость в эксперименте).

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о сохранности основных перцептивных и мнестических операций. При этом в ряде заданий проявляется тенденция заполнять пробелы в восприятии в соответствии со сформированным образом мира или по ассоциации с актуальной ситуацией. Выявляются сниженный интеллектуальный уровень, трудности абстрагирования, обобщения, установления логических соотношений и причинно-следственных связей, снижение прогностических способностей. Отвлекаемость и истощаемость в ходе выполнения заданий свидетельствуют о недостаточной сформированности произвольного контроля поведения, трудностях к волевому усилию. Недостаточна способность к самостоятельной организации деятельности и волевой регуляции поведения. Ориентировка при восприятии человеческих отношений проводится в основном на формальном уровне перечисления фактической стороны событий, при этом понимание смыслового аспекта межличностных отношений недоступно испытуемому.

Сексологическое исследование. Со слов испытуемого, отец с семьей не живет, отношений не поддерживает, только платит алименты; говорит о нем равнодушно. Воспитывался матерью, которую характеризует доброй, но вспыльчивой, неуравновешенной, «любит командовать, ругаться». В раннем детстве любил играть в машинки, кубики, играл с мальчиками и девочками. Близких друзей в детском саду и в школе не было. В школе ровесники его дразнили, издевались над ним, поэтому он избегал их. Отрицает любопытство к половым органам девочек, никогда агрессивности к ним якобы не проявлял. Рассказал, что ему нравится готовить еду, играть с маленькими детьми, «когда есть настроение». Сказал, что девочки его не интересуют, он с ними не общается. Эротические фантазии, онанизм, семяизвержения отрицает. Направленное психологическое исследование свидетельствует о нечеткости половозрастной идентичности испытуемого (методики МиФ, «Кодирование»). В методике МиФ (маскулинность/фемининность) выявляется нечеткость полоролевой идентичности испытуемого. В методике «Кодирование» выявляется приписывание испытуемым самому себе черт, свойственных взрослому мужчине («Я» — Илья Муромец, потому что я очень сильный...», в то время как «мужчине» приписываются менее зрелые черты («мужчина — Иванушка-дурачок — им все помыкают»). В некоторых карточках методики ТАТ испытуемый затруднялся в полоролевой идентификации отдельных персонажей (опознал женский силуэт как мужской). Представления о полоролевых стереотипах мужского и женского поведения недифференцированы (по данным методики МиФ). Сфера психосексуальных ориентаций испытуемого характеризуется некоторой искаженностью. Образ того, каким «должен быть мужчина», соотносится с образом «идеального сексуального партнера» (методика МиФ). Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания, оволосение на лице, в подмышечных впадинах и на лобке отсут-

ствует. Половой член длиной 5 см, окружность 6 см, мошонка слабо пигментирована, тонус снижен, складчатость выражена. Яички — правое 3,5×2 см, левое 2,2×1,5 см.

На основании вышеизложенного комиссия пришла к заключению, что у Д. имеются признаки органического поражения ЦНС сложного генеза (раннего, травматического). Об этом свидетельствуют анамнестические данные о патологии беременности и родов, повышенной возбудимости в возрасте до года, об эпизодах снохождения и сноговорения, прослеживающейся с детского сада конфликтности, трудностях общения со сверстниками и учителями, сопровождающихся эксплозивными формами реагирования, а также формированием в препубертатном периоде выраженных аффективных колебаний и синдрома бродяжничества. Данное заключение подтверждается и результатами настоящего комплексного исследования, выявившего церебрастенические проявления в виде головных болей, повышенной истощаемости и отвлекаемости, раздражительности на фоне изменений мышления в форме вязкости, обстоятельности, снижения памяти и интеллектуального уровня, трудностей абстрагирования, обобщения, установления логических соотношений и причинно-следственных связей, снижение прогностических способностей. Указанные особенности психики сопровождаются недостаточной сформированностью произвольного контроля поведения, трудностями волевых усилий, недостаточной способностью к самостоятельной организации деятельности и волевой регуляции поведения, а также дисгармоничностью психосексуального развития в виде сочетания проявлений задержки и элементов гиперролевого поведения с нарушениями становления половой идентичности, что при психологическом обследовании проявляется в нечеткости половозрастной и полоролевой идентичности испытуемого и недифференцированности представлений о полоролевых стереотипах мужского и женского поведения и свидетельствует о несформированности как базовых структур полового самосознания, так и тех его составляющих, которые регулируют поведение человека в ситуациях, требующих участия полоролевых стереотипов. Одновременно при сформированности перцептивных и мнестических функций обнаруживаются выраженная тенденция заполнять пробелы в восприятии в соответствии с актуальной ситуацией; снижение интеллектуального уровня, трудности абстрагирования, обобщения, установления логических соотношений и причинно-следственных связей, снижение прогностических способностей, ориентировка при восприятии человеческих отношений в основном на формальном уровне перечисления фактической стороны событий (понимание смыслового аспекта межличностных отношений не доступно). Отмеченные особенности нарушения психической деятельности и психосексуальности *позволяли ему понимать только внешнюю сторону юридически значимых событий без осознания социального смысла и значения совершаемых с ним действий, а также лишали его способности оказывать сопротивление.* Особенности его психосексуальности в сочетании с указанными психологическими данными, включая фрагментарность и парциальность восприятия, недостаточную сформированность произвольного контроля поведения, неспособность к самостоятельной организации деятельности и волевой регуляции поведения, формальность восприятия межличностных отношений *позволяли ему правильно воспринимать лишь внешнюю фактическую сторону конкретных обстоятельств дела при неспособности восприятия внутренней содержательной их стороны. В период дачи показаний он был способен давать правильные показания о фактической стороне событий*, однако

такие особенности его настоящего состояния, как наличие депрессии, выявляемые при психологическом исследовании стремление избегать конфликты и идти на уступки с окружающими, эгоцентризм, стремление к привлечению внимания со стороны окружающих, а также подверженность внушению в ситуации давления наряду со слабой сформированностью произвольного контроля поведения и недостаточностью интеллектуальных и прогностических функций *ограничивают его способность с определенного момента (последние показания) и в данный момент давать правильные показания*. Выявленные у испытуемого признаки дисгармоничности психосексуального развития, выражающиеся в несоответствующем возрастным закономерностям опережающем становлении психосексуальных ориентаций при несформированности предшествующих этапов психосексуального формирования, что проявляется в обнаруживаемой при осмотре амбивалентности по отношению к лицу, совершившему с испытуемым неоднократные насильственные сексуальные действия, указания в материалах дела на получение удовольствия от сексуальных манипуляций с ним со стороны мужчин, а также в данных психологического исследования, выявившего при нечеткости половозрастной и полоролевой идентичности испытуемого тем не менее соотнесение образа идеального сексуального партнера с образом «Мужчина должен быть...» *находятся в причинно-следственной связи с противоправными действиями и являются их прогностически неблагоприятными отдаленными последствиями. Оценка степени тяжести данных расстройств в настоящее время не представляется возможной* вследствие незавершенности психосексуального развития испытуемого.

Определение ***степени тяжести телесных повреждений, повлекших психические расстройства*** приобретает юридическое значение в свете квалификации характера и тяжести совершенного преступления. В соответствии с содержащимся в статьях 111, 112 и 115 УК РФ юридическим критерием оценка степени тяжести повреждения основывается на учете следующих признаков: а) опасности для жизни и б) последствий повреждений, заключающихся либо в стойкой утрате общей трудоспособности различной степени, либо в длительном или кратковременном расстройстве здоровья. Выступающий в роли обобщенного медицинского критерия признак «расстройство здоровья» включает и особо выделенное в тексте статьи 111 УК «психическое расстройство». При этом новая редакция кодекса однозначно причисляет психическое расстройство к признаку тяжкого вреда здоровью.

Последний вывод в экспертном заключении вышеприведенного случая отражает предмет третьей разновидности экспертизы потерпевших, правовые основания которой несколько видоизменились после вступления в силу нового Уголовного кодекса. Поскольку формулировка «причинение телесного повреждения» предыдущего УК сменилось другим — «причинение вреда здоровью», перед психиатрами раскрываются более широкие возможности по квалификации психических расстройств и оценке степени их тяжести. Впрочем, и п. 40 «Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью» (утверждены Приказом Минздрава РФ № 407 от 10.12.96 г.) относит диагностику психического расстройства и установление его причинной связи с полученным воздействием к компетенции судебно-психиатрической экспертизы. Однако решение этой задачи значительно затрудняет отсутствие критериев ранжирования тяжести именно психических расстройств, которые не могут быть идентичны критериям, применяемым судебными медиками. Более полно на сегодняшний день может быть реализована только первая часть данной задачи — установление причинно-

следственной связи. Приводим пример, наиболее ярко демонстрирующий характер прямого воздействия деликта на психическое развитие и состояние его жертвы.

Испытуемый А., 6 лет. Мать испытуемого злоупотребляет алкоголем, нигде не работает, ведет аморальный образ жизни, в настоящее время лишена родительских прав. Об отце испытуемого сведений нет. Объективных данных о течении беременности, родов и раннем развитии нет. По показаниям бабушки, внук отставал в физическом и психическом развитии; в 2,5 мес, когда она первый раз его увидела, мальчик был «рахитичным», на коже у него были «гнойники», опрелости и даже «пролежни». Ходить он начал в 2,5 года, говорить — к 3 годам. Мать испытуемым и его младшим братом не занималась, детей не кормила, не мыла, они «оборванные и голодные лазили по помойкам и подвалам». По мнению бабушки, сожитель ее дочери А-в постоянно избивал испытуемого, при этом бил его по голове, однажды она видела синяки на шее и лице мальчика, следы от пальцев, «как будто его душили». Бабушка забрала испытуемого и его брата у матери, в настоящее время оформляет опекунство. С ее слов, испытуемый возбудимый, неусидчивый, злобный, «все делает назло, исподтишка», рвет обои, ломает вещи, нечленораздельно кричит, постоянно употребляет нецензурные выражения, часто бывает агрессивен в отношении парализованной 90-летней прабабки, «набрасывается на нее», «пытается пальцами ткнуть в глаза». Она обратила внимание, что испытуемый часто, не скрываясь, мастурбирует, половой член его «постоянно в напряжении», ночью плохо спит, бывает сексуально возбужден, ходит по квартире. До настоящего времени у него отмечается ночной энурез, кроме того, когда его «отчитывают» за неправильное поведение, у него отмечается непроизвольное мочеиспускание. Несколько раз она отмечала, что испытуемый заставляет своего младшего брата брать в рот свой половой член. К врачам по этому поводу она с ребенком не обращалась. Со слов бабушки испытуемого, она активно занималась его воспитанием: испытуемый посещал бассейн, массажиста. За последний год он физически окреп, научился читать и считать, однако играть он не любит, общается только с младшим братом. Как следует из материалов уголовного дела, бабушка испытуемого обратилась в прокуратуру с заявлением о том, что ей стало известно, что сожитель ее дочери А-в «с 2 лет насиловал испытуемого в задний проход и заставлял его брать половой член в рот». Во время следствия она сообщила, что со слов испытуемого узнала, что А-в заставлял его мать забирать младшего брата и идти с ним за водкой. Оставшись один с испытуемым в общежитии, совершал с ним насильственные акты мужеложества, заставлял брать в рот половой член. Мальчик просил, чтобы А-в не узнал о том, что он все рассказал, иначе он «оторвет ему голову». Бабушка замечала, что испытуемый стал плохо ходить, не мог садиться, был очень замкнут, всего боялся. Со слов обоих детей она узнала, что их мать «двумя руками открывала им рот, а сожитель вливал им водку, чтобы они целый день спали». По показаниям бабушки, она поняла, что А-в совершал с испытуемым половые акты в задний проход «года два». В своих показаниях испытуемый подтвердил эти сведения, пояснил, что «Слава» его «насиловал почти ежедневно», описывал обстоятельства, при которых совершались эти действия, указывал, что сначала ему «было больно, была кровь», а потом он «уже привык». Согласно заключению СМЭ, у испытуемого обнаружен рубец в области заднего прохода, который сформировался вследствие заживления бывшей раны задолго до проведения экспертизы (не менее чем за месяц). Эта рана могла иметь характер разрыва, не исключается ее возникновение и вследствие введения в задний проход тупого предмета, в частности напряженного полового члена. При настоящем комплексном сексолого-психолого-психиатрическом обследовании выявлено следующее.

Соматическое состояние. Телосложение испытуемого по женскому типу: широкий таз, широкая грудная клетка. Кожа сухая, бледная, на коже лица шелушение. Консультация эндокринолога: половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, соответственно возрасту, половой член в возбужденном состоянии. Увеличение щитовидной железы II степени, мягкая, диффузная. Заключение: «Ги-

поталамический синдром с ранним половым созреванием. Увеличение щитовидной железы II степени. Гипотиреоз?».

Неврологическое состояние. Небо высокое, крупные ушные раковины, но форма правильная. Выявляется горизонтальный нистагм при взгляде в стороны. Скрытой пробой выявляется расходящееся косоглазие, слева больше, чем справа. Определяется выраженная гиперрефлексия на руках и ногах, легкая анизорефлексия слева больше, чем справа. Обнаруживаются легкая статическая атаксия (неустойчив в усложненной позе Ромберга, отклоняется влево), динамическая атаксия (мимопопадание) при выполнении пальце-носовой пробы, при выполнении вращательных движений отстает левая кисть. Патологических стопных знаков не выявлено. Результаты эхоэнцефалограммы: «Признаки умеренной внутрижелудочковой гипертензии». На электроэнцефалограмме определяются небольшие общие изменения резидуально-органического характера, признаки задержки электрогенеза мозга, снижение порога судорожной готовности. Заключение консультанта-невропатолога: «Органическое поражение ЦНС. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Гипертензионный синдром».

Психическое состояние. Во время беседы смущается, сидит, опустив голову, на вопросы отвечает односложно, по существу. Сообщает правильно свое имя, фамилию, возраст. Речь с достаточным словарным запасом. С любовью отзывается о дедушке, рассказывает, что он с ним собирает «железный конструктор», дедушка его не ругает. В беседе выявляется, что запас знаний и представлений испытуемого соответствует возрасту, он бегло читает, легко производит сложение в пределах 20. При расспросах о его жизни с мамой на вопросы отвечает неохотно, говорит, что ему там было плохо, Лена (так называет мать) их с братом не кормила, а Слава (сожитель) его бил, наливал водку в рот. Заявляет, что он боялся Славу, сообщает о том, что тот «почти каждый день» раздевал его, заставлял его «сосать писю» и «вставлял ее ему в попу». Говорит, что Слава плохой. Смущаясь, соглашается с тем, что он поступает нехорошо, заставляя брата делать то же, что его заставлял делать Слава, но говорит, что не может удержаться, и ему хочется, чтобы Слава с ним опять сделал то же самое. Во время обследования устает, замыкается, на вопросы отвечает после пауз. Интеллектуальное развитие и память соответствуют возрасту.

Сексологическое исследование. Мать лишена материнских прав за пьянство, отец неизвестен. Из материалов дела: с 4 лет был свидетелем половых актов и фелляции сожителя с матерью, ему и младшему брату насильно заливали в глотку водку и бросали под кровать — «чтобы не мешали». С раннего детства ночной энурез. С 4 лет сожитель матери совершал с ним половые акты в задний проход, с этого же времени испытуемый перестал ходить, почти все время лежал на боку, были кровотечения из заднего прохода, боли. Когда пытался сопротивляться отчиму, тот его избивал. Последний год проживает с дедом и бабушкой, которые оформили опекунство. Дед по характеру добрый, бабушка властная, часто наказывает, ставит на колени на горох или гречку, во время наказания часто отмечается непроизвольное мочеиспускание. Бывают состояния, когда рвет обои, линолеум, не разговаривает по 5 ч, бьет кубиками по голове парализованную прабабку. Отмечается частая открытая мастурбация, по отношению к младшему брату ведет себя агрессивно, бьет его, заставляет его брать член в рот, берет у него, пытался вводить ему в задний проход половой член. При беседе выражение лица не по возрасту серьезное, суетлив, совершает множество движений руками: трет глаза, подпирает голову рукой, при смущении ковыряет левой рукой левый глаз, теребит волосы, перебирает край одежды. При разговоре на сексуальную тему отводит взгляд. О себе говорит в третьем лице. Деда называет папой, бабушку — мамой. Признался в том, что пытался проводить сексуальные манипуляции с братом, сказал, что этим «наказывает» его, но не за что-то, а тогда, когда сам хочет успокоиться. Отчима называет «плохим», однако часто вспоминает о нем перед сном, при разговоре об этом лицо застывает, уплощается, внезапно заявил, что ушел бы к нему жить, на вопрос «зачем» — не ответил. Соматически: линейный рубец в области ануса. Наружные половые органы развиты соответственно возрасту.

При ***экспериментально-психологическом исследовании*** неусидчив, постоянно отвлекается, совершает стереотипные действия. Включение в совместную деятель-

ность затруднено, необходимы постоянная стимуляция и ее внешняя организация. Охотно выполняет привычные для него виды деятельности (рисование), не связанные с взаимодействием и общением с другими. При проявлениях позитивного отношения к нему, поощрении, поглаживании по голове отстраняется, дистанцируется. О себе говорит только в третьем лице. Сложившуюся ситуацию, связанную с совершением в отношении него противоправных действий, оценивает отрицательно, однако констатирует желание вернуться к Славе, при этом конкретизировать свое желание не может. Обнаруживает достаточный словарный запас, однако обращает внимание наличие речевых штампов, «заученных» фраз, отражающих общепринятые нормы поведения и являющихся знаемым уровнем достижения. Мышление конкретного типа, затрудняется в подборе таких общедоступно обобщающих формулировок, как «одежда», «посуда» и т.д. Установление причинно-следственных зависимостей по серии сюжетных картин затруднено, при этом отмечается фрагментарность восприятия с фиксацией отдельных деталей без их логической связи. Обнаруживается ориентация на внешние, формальные признаки объектов без их эмоциональной оценки. Не улавливает эмоциональный подтекст юмористических картинок Бидструпа, крайне схематично передает отдельные действия персонажей. Охотно приступает к выполнению методики «Рисунок человека», рисунки недифференцированы, плохо структурированы, выражения лиц устрашающие, отмечаются признаки, отражающие наличие агрессивных тенденций, склонность к регрессии, обращает внимание отсутствие признаков, характеризующих полоролевую дифференциацию.

На основании вышеизложенного комиссия пришла к заключению, что А. обнаруживает остаточные явления раннего органического поражения головного мозга с преждевременным психосексуальным развитием (социогенный вариант) и формированием садомазохистских тенденций с гомосексуальной ориентацией. Об этом свидетельствуют данные анамнеза и настоящего обследования о том, что мать испытуемого злоупотребляла алкоголем, он с раннего детства отставал в психофизическом развитии, что сопровождалось энурезом, расторможенностью влечений, повышенной возбудимостью, склонностью к агрессивному поведению в сочетании с выявленной неврологической симптоматикой, подтвержденной результатами эхо- и электроэнцефалографического исследований. У А. не обнаруживается склонности к повышенной внушаемости и фантазированию. Психическое развитие его соответствует возрасту. Как не страдающий психическим заболеванием и не обнаруживающий расстройств восприятия, памяти, интеллекта, А. мог правильно воспринимать внешнюю (фактическую) сторону обстоятельств, имеющих значение для дела, и может, с учетом его возрастных особенностей, давать о них правильные показания. Учитывая возрастные особенности, А. не мог понимать характер и значение совершаемых с ним действий и не мог оказывать сопротивление.

Психологический анализ объективных данных показывает, что тотальная эмоциональная депривация, фиксированная позиция «отчуждения» по отношению к ребенку с повторяющимися стереотипами сексуального и психологического насилия обусловили деформирующее становление самосознания, препятствовали личностному развитию. В результате постоянного негативного социально-психологического воздействия у ребенка сформировалось устойчивое чувство «враждебности» окружающего мира, непредставленности в смысловом пространстве эмоционально насыщенных понятий «семья», «тебя любят», «дружба», определяющих формирование чувства субъективной безопасности; ориентировка на внешние, формальные признаки предметов и понятий. Ранний возрастной период выраженного психотравмирующего воздействия определил фиксацию ранних стадий формирования самосознания («Я—другой») и нарушение динамики его

дальнейшего становления. Характерная для ранних стадий становления самосознания возрастная потребность в идентификации с родителями одного пола, поведение которых приобретает значение эталона, определила жесткое закрепление реакции «уподобления». Эти условия явились основанием для формирования собственной модели поведения с интериоризацией ее агрессивных форм. Агрессивные формы поведения становятся у ребенка способом взаимодействия с другими людьми и механизмом саморегуляции. Отсутствие позитивных эмоциональных факторов во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками привело к блокированию одного из наиболее важных этапов в психическом развитии ребенка — игровой деятельности. При наличии потенциальных возможностей к усвоению нового материала, вербальной продукции, сформированности умственных автоматизированных навыков наблюдается неспособность к длительной концентрации внимания, отражающей наличие базы для опосредования поведения, самостоятельной организации деятельности, принятии различных игровых ролей. Деятельность ребенка направлена на аутостимуляцию, совершение стереотипных привычных действий.

Таким образом, противоправные действия, совершенные в отношении А., оказали существенное влияние на становление его личности и поведение, обусловив выраженную дисгармоничность психического развития, задержку личностного становления, фиксацию патологической зависимости, устойчивых негативных поведенческих реакций.

Шаблон сексуального поведения у испытуемого формируется по принципу имитации — гомосексуально-садистические действия, произведенные над ним, копируются. Таким образом, можно утверждать, что связь аномального сексуального поведения испытуемого с актами гомосексуального насилия имеет существенный характер. Подобное формирование шаблона сексуального поведения обусловлено возрастом испытуемого. Неразвитость самосознания испытуемого проявляется в неразличении субъекта и объекта (называет себя в третьем лице), что нашло свое отражение в садомазохистических тенденциях и деперсонификации объекта (брат, парализованная прабабка). Сексуальный стереотип испытуемого выполняет функцию эмоциональной саморегуляции. Имеется и биологическая база для формирования измененного влечения (раннее органическое поражение ЦНС с гипоталамическим синдромом), однако содержательная сторона поведения (объект и активность) обусловлена социогенным влиянием. Учитывая, что половое самосознание формируется в возрасте до 5 лет, прогноз неблагоприятен, так как измененное влечение будет включено в ядро личности. Таким образом, развратные действия и гомосексуальные акты оказали существенное влияние на сексуальное развитие и поведение испытуемого, спровоцировав раннее появление либидо гомосексуальной направленности с отчетливыми садомазохистическими тенденциями.

Последствия сексуальных правонарушений многообразны и в первую очередь определяются широким спектром посттравматических стрессовых расстройств как в остром, так и в отдаленном периодах.

У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни (1998) приводят общую схему развития психических расстройств, которая включает:

- острый период (от нескольких дней до нескольких недель) — выражается в шоковых реакциях, страхе, переживаниях чувства вины, стыда, гнева и возмущения;
- фаза посттравматического «отката» (от нескольких недель до месяцев) — выражается в попытках справиться с переживаниями, возвра-

том к прежнему образу жизни, когда страх и неверие в собственные силы оттесняются на периферию сознания;
- заключительная фаза — выражается в периодических наплывах в памяти сцен насилия, ночных кошмарах, отмечаются фобические, депрессивные и параноидные формы реагирования.

Одновременно с этими чисто психопатологическими расстройствами возможно развитие и психосексуальных нарушений в виде сексуальной аверсии, вагинизма, снижения либидо, утраты чувствительности гениталий, болезненности при половом акте и аноргазмии. Таким образом, целостная экспертная оценка данных нарушений, в том числе сексуальной патологии, подпадающей под критерий психических расстройств как причиненного обвиняемым вреда здоровью, подразумевает сексологическое обследование.

Очевидна тесная взаимосвязь отдельных экспертных задач. Так, правильность восприятия той или иной ситуации будет зависеть от способности к правильному ее пониманию, и наоборот. Степень же тяжести психических расстройств зависит от глубины осмысления происшедших событий.

Сексологическая экспертиза при самоубийствах

Экспертные задачи, возникающие при расследовании фактов предположительного самоубийства, часто так или иначе пересекаются с сексологической проблематикой. Например, Ф.С. Сафуанов (1998) подчеркивает, что чаще всего объектом экспертного исследования в этих случаях становятся потерпевшие по делам об изнасиловании, совершающие суицид, когда самоубийство потерпевшей является одним из тяжких последствий преступления согласно п. «б» статьи 63 УК РФ. И.А. Кудрявцев (1988) приводит пример суицидального поведения, связанного с извращенностью сферы влечений, сопровождавшейся эмоциональной парадоксальностью с неадекватным отношением к самому акту смерти. Однако во всех этих и других случаях собственно сексуальные переживания являются лишь условиями суицида, тогда как существует когорта дел, в отношении которых возможно построение гипотез иного рода, устанавливающих прямые причинно-следственные связи между произошедшей смертью и сексуальным поведением.

Постановка подобного вопроса вполне правомерна. Практика использования церебральной гипоксии, сопровождающейся сексуальным возбуждением, была идентифицирована такими терминами, как «сексуальная асфиксия» [Brittain R., 1968], «аутоэротическая асфиксия» [Walsh F.M. et al., 1971], «эротическое повторяющееся повешение» [Resnik H.L.P., 1972], гипоксия и котцекоизм [Hazelwood R. et al., 1983], «асфиксиофилия» [Money J., 1984]. Одним из наиболее популярных терминов для асфиксиофилии является «скарфинг» [от англ. skarf — шарф]. Де Сад описывал эту практику в эротической новелле «Жюстина» (1791). Предполагают, что о такой практике было известно древним майя, которые в состоянии асфиксии «узнавали бога». Еще одним историческим примером является чешский музыкант Франц Котцвара, который предавался этой активности. M. Hirschfeld (1884) был первым, упомянувшим такие случаи в современной сексологической литературе, но строгие подробные комментарии появились сравнительно недавно.

Ранее господствовало мнение, что немногочисленные курьезные случаи, описываемые коронерами, полицией и судебными медиками, представляют собой однотипные ситуации, всегда с фатальным исходом. На сегодняшний день признано, что данная практика является весьма распространенной, о чем свидетельствуют повторяющиеся описания в стандартных руководствах по судебной медицине, судебные заключения, изложение серий подобных случаев, из которых наиболее полными являются работы F.M. Walsh и соавт. (1977) и R. Hazelwood и соавт. (1983). В дополнение к этому врачами-практиками наблюдались несколько случаев, в изучении которых использовались фаллометрические и психометрические методы обследования, а также приводились результаты лечения двух таких пациентов.

Существуют 4 основных метода достижения асфиксии:

- повешение;
- препятствие доступа кислорода, удушение, например пластиковым пакетом;

- обструкция дыхательных путей — удушение, утопление, использование анестетических агентов;
- компрессия грудной клетки, а также применение различных механизмов, лигатур живота.

Точно так же как крайне трудно представить с определенной уверенностью частоту большинства сексуальных аномалий в популяции, неизвестны точные данные о распространенности и сексуальной асфиксии. Было описано несколько летальных случаев, хотя, опять же, их точность недостоверна. Litman и Swearingen (1972) описали 25 случаев в Лос-Анджелесе между 1958 и 1970 г. Экстраполируя эти данные, исходя из популяции этого города, они оценили, что всего ежегодно в США происходит 50 случаев смертей по этой причине. Между 1974 и 1980 г. в канадской провинции Онтарио (население 8 млн) была в среднем одна известная аутоэротическая смерть на миллион населения в год. Авторы предполагали, что, возможно, была выявлена только половина этих случаев, на самом же деле таких происшествий было от 2 до 4 в год. По оценке R. Hazelwood и соавт. (1983), ежегодно в США наблюдается 500—1000 смертей по этой причине. Сравнивая цифры, предполагают, что в Британии случается 150—200 подобных смертей.

Типичные признаки сексуальной асфиксии стали описываться в учебниках судебной медицины и во многих монографиях (Hazelwood R. et al., 1983). Может быть представлена совокупность признаков, хотя в каждом случае будут наблюдаться вариации в зависимости от возраста жертвы, потенции и индивидуальных сексуальных предпочтений. Типичен, однако, индивидуальный выбор места — подвал, чердак, гараж, ванная или спальня. Обычно тело частично подвешено на веревке, обвязанной вокруг шеи (часто с защитной подкладкой для предотвращения повреждений) и закрепленной в пределах досягаемости. Могут быть использованы некоторые другие механизмы для ограничения дыхания, перекрытия подачи воздуха или ингаляции вредных паров или бензина через маску, шланг или пластиковый пакет. В фатальных случаях, когда не удается самостоятельно освободиться от подобного механизма, наступает смерть (если она не вызвана другими причинами, такими, как сердечный удар), что может произойти от затягивания узла, хотя и выбирается такая позиция, чтобы можно было поддерживать себя и уменьшать давление на шею или освободиться при помощи ножа. Могут наблюдаться [«cordophilia» — Hazelwood R. et al., 1983] физические ограничители (включая веревку, цепи, ремни, рукава и т.д.), которые в фатальных случаях выглядят наложенными самостоятельно. При мазохистском поведении возможно использование таких приспособлений, как электрический ток, самопричиняемые ожоги или механические приспособления, например лигатуры вокруг гениталий, вешалки для одежды, прикрепленные на сосок молочной железы; предметы, введенные в прямую кишку и т.д. В большинстве случаев жертвы раздеты, полураздеты или переодеты в женскую одежду. Рядом могут находиться такие сексуальные приспособления, как вибраторы, фетишистские объекты, например части женской одежды, кожаные, резиновые или пластиковые предметы. Могут быть найдены различные предметы, помогающие в фантазиях, например зеркало, глядя в которое жертва исполняла ритуал, коммерческие или самодельные фотографии, книги и справочники, иногда комплексные приспособления (кино- и видеодисплеи) и т.д.

Наличие эякулята не обязательно указывает на то, что жертва мастурбировала перед смертью, это может быть просто агональным событием. Пози-

ция рук на или рядом с гениталиями указывает, хотя также не окончательно, на мастурбацию. Иногда пенис завернут в носовой платок или другую материю для предотвращения загрязнения.

Могут быть найдены доказательства того, что жертва ранее осуществляла подобную активность, например желоб на балке, от которого протянута веревка к рукам, или постоянно прикрепленная прокладка под лигатуру. В некоторых случаях семья или друзья жертвы могут знать о сексуальных интересах жертвы или находить приспособления, свидетельствующие об этой активности. Они могут препятствовать расследованию, умалчивая о практике асфиксии. Наконец, сложность некоторых посмертных сцен и использование различных приспособлений свидетельствуют о подготовке и тщательной разработке девиантного стереотипа в течение длительного периода времени.

Токсикологические данные редко встречаются в описаниях аутоэротических смертей. F.M. Walsh и соавт. (1978) отмечали, что такая информация была обнаружена в 21 из 43 наблюдавшихся ими случаев. Алкоголь в крови был найден только в 2 случаях и барбитураты — в одном. В статью об алкоголе и насилии, случайных и суицидальных смертях Crompton (1985) включает 3 аутоэротические смерти, у 2 погибших был обнаружен алкоголь в крови. В 27 % случаев (среди 56) доказано наличие алкоголя в крови после смерти, и этот факт был рассмотрен как недооцененный.

Посмертная комплексная сексолого-психиатрическая **экспертиза В., 1973 г.р. (25 лет)**, по факту обнаружения трупа. На разрешение экспертов поставлен, в частности, следующий вопрос: «Имеются ли в материалах дела признаки, которые позволили бы в качестве причины смерти В. предположить несчастный случай, происшедший в результате использования аномального способа удовлетворения сексуальных потребностей?».

В. был старшим из двоих детей. Сведений о его раннем развитии в деле нет. Известно, что он окончил ПТУ, имел благодарности за хорошую успеваемость, примерное поведение, был добросовестным, вносил большой вклад в спортивную работу училища. После окончания училища был призван в армию. Службу проходил в звании младшего сержанта. Как следует из характеристики, данной командиром роты, В. зарекомендовал себя с положительной стороны. Свои обязанности знал и справлялся с ними хорошо. Выполнял правительственное задание по оказанию миротворческой помощи в Южной Осетии, проявил себя с положительной стороны, за что поощрялся денежными премиями. Отмечены такие черты его характера, как флегматичность, медлительность при ориентировке на занятиях по боевой подготовке, а также в повседневной жизни. Был подтянут, физически хорошо развит. На соревнованиях по вольной борьбе В. занял первое место в полку. Над своими недостатками работал, критику воспринимал правильно. После увольнения в запас работал помощником машиниста, а в течение последних 3 лет — охранником в гостинице, куда он устроился по рекомендации своего тренера по каратэ; подрабатывал охранником на частной автостоянке. Как следует из показаний начальника службы безопасности гостиницы, В. по характеру был тихий, замкнутый, исполнительный, выговоров не имел, работал с компьютерами, не пил, не курил, собирался в отпуск за рубеж. За время работы ему была вынесена благодарность за грамотные и решительные действия в экстремальной ситуации. Отец В. характеризовал сына как очень замкнутого, «исключительно» миролюбивого; круг его общения был очень ограниченным. Занимался каратэ, боксом, самбо.

Из допросов вдовы В. следует, что познакомилась она со своим будущим мужем в 17-летнем возрасте, ему тогда было 20 лет, 3 года встречались до свадьбы. Когда он сделал ей предложение, она согласилась, но его родители были против, так как квартира, куда они переехали бы в случае бракосочетания, сдавалась внаем и приносила доходы; в результате они «подождали» еще 1 год, а затем расписались. Женились «по любви», но муж иногда говорил, что ему надоело жить с родителями,

что хочется создать свою семью, иметь свой дом. В интимной жизни «все было нормально», никаких отклонений или странностей за мужем не замечала, считала, что у него «не было склонности одевать колготки». О его связях с другими женщинами «ничего не знала», он казался заботливым, внимательным, доверяла ему и «думала, что с другими женщинами он не общался». Если он задерживался или подменял кого-либо по работе (что было дважды), то всегда звонил и предупреждал. Ругались нечасто, лишь однажды в результате ссоры она уехала к родителям, однако муж приехал за ней в тот же день. За время брака стали как родные и разводиться не собирались, хотя и спорили. Всегда несколько удивляла дружба мужа с Д.: иногда складывалось впечатление, что тот ему дороже всех. Муж был очень внимательным к ней во всем, что не касалось друга. Была «уверена», что между ними были только дружеские отношения, однако обижалась на то, что муж все рассказывал другу, всем делился, они вместе «гуляли». Муж говорил, что Д. просто друг детства, и он не может его бросить. Однажды Д. схватил ее в ссоре за шею, муж заступаться не стал и сказал, что Д. его друг, и что он просто так шутит, хотя, если ей кто-нибудь грубил в общественных местах, он всегда заступался. Из допроса самого Д.: был близок с ним с «детсадовского» возраста, всегда знал его проблемы. Еще в 1997 г. (до свадьбы В.) они вдвоем неоднократно встречались с девушками, это продолжалось и после свадьбы, что он тщательно скрывал от жены. Он также «ходил по женщинам» и с друзьями по работе, о чем ему рассказывал. Говорил, что женился, чтобы уйти от родителей. Зимой 1998 г. он говорил, что к нему пристает «голубой» бармен; не знал, как от него «отвязаться», но потом поговорил, и тот отстал.

Из показаний сослуживца В.: склонности к каким-либо неестественным способам самоудовлетворения за ним не замечал, в гомосексуальных контактах и половых извращениях заподозрить не мог. Свою жену В. любил, а «похождения» происходили после распития спиртных напитков: время проводили в кафе, постоянных девушек в компании не было; будучи в сильном алкогольном опьянении, пользовались услугами проституток, которых «снимали» возле Курского вокзала (за 2 года 4 эпизода); сексуальные контакты с ними происходили где-нибудь в подъезде и воспринимались как развлечение, на этой почве ни с кем никаких конфликтов не было.

Из показаний двоюродного брата: как до, так и после свадьбы В. говорил, что любит жену. В 1997 г. говорил, что жалеет о браке, но сказал это не эмоционально, а «как-то между слов; особого сожаления в этой фразе не было». Своей жене он изменял, о чем сам рассказывал: «ходил по женщинам» с двумя своими друзьями. Из показаний вдовы В.: незадолго до смерти муж сдавал анализ крови, в том числе на СПИД, что объяснял служебной необходимостью. Они вместе ездили в медицинское учреждение, где муж в одиночку ходил узнавать результаты анализов, в которые ее не посвящал. Из показаний матери вдовы В.: дочь рассказывала, что В. не носил обручальное кольцо, говорил, что «носить кольцо мне нельзя, иначе я стану импотентом» Как показал тесть, дочь очень любила мужа и тяжело переживала его смерть. Отношения между ними были хорошими, «но В. был немногословным». Из объяснения вдовы: врагов у мужа не было, он работал охранником в гостинице, был физически развит, общался только с тремя друзьями, алкогольные напитки употреблял изредка, наркотические средства не употреблял. Из показаний матери вдовы: дочь рассказывала о странностях мужа: он ее «дергал», чтобы она не облокачивалась на кровать, не прислонялась к холодильнику, «а то сломает»; упрекал в том, что она ест пельмени, которые он «заработал своим горбом», но в то же время купил ей очень дорогой костюм. Из показаний двоюродного брата: В. был очень спокойным, уравновешенным человеком. Из допроса друга: В. был спокойным, уравновешенным, никогда не шел на конфликты, был немного мнительным, но «думаю, сознательно не мог допустить в делах или в отношениях с людьми опасную для себя ситуацию».

11.05.1998 г. около 23.00 в своей квартире был обнаружен труп В. Из протокола осмотра места происшествия (рис. 13.1) следует, что труп В. был обнаружен лежащим на кровати на спине, голова была обращена в сторону спинки кровати и несколько наклонена влево, ноги были полусогнуты в тазобедренных суставах и согнуты под прямым углом в коленных суставах, руки были разведены в стороны от



Рис. 13.1. Место происшествия (в деле в связи со смертью В.).

туловища под прямым углом. Правая рука в области лучезапястного сустава была завязана скользящей петлей из ремня от сумки, узел был расположен на внутренней поверхности лучезапястного сустава. Другой конец ремня был привязан к ножке шкафа, также скользящим узлом. Левая рука в области лучезапястного сустава была затянута ремнем от сумки и телефонным шнуром, которые были завязаны несколькими простыми узлами, располагающимися на тыльной поверхности кисти. Другие концы ремня и шнура были привязаны к нижней трубе батареи отопления, ремень — скользящими узлами, а шнур — простыми. Ноги были завязаны между собой на уровне нижней трети голени кожаным ремнем. Все вышеуказанные ремни находились в натянутом положении. На трупе были надеты: женский халат, который был несколько приподнят вверх и завязан поясом на уровне талии, прозрачные женские колготки телесного цвета. На половой член был одет презерватив розового цвета, в котором содержалась полупрозрачная жидкость. На голову трупа был одет полиэтиленовый пакет белого цвета, который был завязан на уровне шеи двумя простыми узлами, плотно прилегающими к ней. Пакет был влажным изнутри. На теле — трупные признаки, каких-либо повреждений не обнаружено. Труп лежал на матраце, застеленном простыней, голова располагалась на подушке, одеяло рядом с трупом на кровати, на некотором расстоянии от которой (1,5 м) на полу были обнаружены мужские трусы. На полу возле трельяжа находился полиэтиленовый пакет, в котором были смятая пустая бумажная упаковка от колготок и упаковка от презерватива. Две сумки, ремни от которых были обнаружены на запястьях трупа, находились на шкафу в коридоре, а в самом шкафу были «перепутанные» провода, аналогичные тем, которые были на трупе. Дверь закрыта изнутри и повреждений не имела, снаружи она не могла быть закрыта.

Согласно показаниям вдовы, за 3 дня до смерти В. его мать назвала полный адрес сына звонившему по телефону мужчине, который представился его начальником. Узнав об этом, муж не переживал, справок не наводил, сказал, что если он кому-то нужен, перезвонят. Из допроса друга В.: 10 мая 1998 г., за день до смерти, В. сказал, что следующий день проведет с женой, у него с ней какие-то дела, позвонит 11 мая и договорится о встрече с ним на 12 мая. Двоюродный брат встречался с В. 11 мая около 0.40, тот был в нетрезвом состоянии, однако крепко стоял на ногах, речь его была связная. Из показаний вдовы: в ночь с 10 на 11 мая муж немного задержался на работе (рабочий день заканчивался в 21.00), вернулся домой слегка нетрезвым, в хорошем настроении, веселым. Никаких конфликтов по этому и какому-либо другому поводу у них тогда не было. Утром 11 мая 1998 г. они с мужем проснулись, позавтракали, вместе вышли из дома. Она поехала устраиваться на работу, а муж сказал, что хочет поспать, а может, посмотрит кассету, которую собирался купить, и вернуться домой. Возвратившись около 15.00, она не смогла открыть дверь квартиры и поехала к родственникам мужа, откуда вернулась вместе с ними домой около 22.30. Приехавшая по вызову команда службы спасения вскрыла дверь и обнаружила труп В.

Из заключения СМЭ трупа следует, что смерть В. наступила в результате механической асфиксии, развившейся вследствие пребывания в замкнутом пространстве; каких-либо повреждений в виде ссадин, ран, кровоподтеков на трупе не было. При исследовании крови, мочи трупа наркотические, токсичные вещества, этиловый спирт не обнаружены. На тампонах с содержимым полости рта и прямой кишки трупа В. сперматозоиды не обнаружены. На смывах и мазках-отпечатках с головки полового члена трупа элементов, свойственных каловым массам, не найдено. Вопрос о наличии сперматозоидов в смывах и мазках-отпечатках с головки полового члена трупа перед экспертами не ставился.

Из постановления об отказе в возбуждении уголовного дела от 16.07.98 г. известно, что труп был обнаружен в закрытой изнутри на цепочку квартире. Сохраненный порядок в квартире и отсутствие телесных повреждений на трупе физически подготовленного человека позволяли сделать предположение об отсутствии какого-либо насилия. Механизм связывания (скользящая петля) позволял В. без посторонней помощи связать свои ноги и руки, предварительно надев на голову полиэтиленовый пакет. Из объяснения вдовы В. следовало, что все ее колготки лежали на месте. Их размер был маленьким, и на мужа они «не налезли бы». В ее

женском халате он ходил в течение недели до смерти, так как его спортивный костюм, который он обычно надевал дома, находился в стирке.

Заключение. Ряд данных, содержащихся в материалах уголовного дела, не исключает возможность использования В. непосредственно перед смертью девиантных способов сексуальной активности. В частности, облачение в женские колготки соответствует такому виду девиантной активности, как фетишистский трансвестизм, самостоятельное создание ограничения движения конечностей путем их фиксации может сопутствовать мазохистическому поведению, использование полиэтиленового пакета для создания гипоксического состояния является одним из способов достижения оргастического переживания при так называемой аутоасфиксиофилии. Поэтому с большой степенью вероятности обстоятельства смерти В. позволяют предполагать ее наступление в результате несчастного случая при использовании аномальных способов удовлетворения сексуальных потребностей.

Психические эффекты церебральной гипоксии связаны с остановкой артериального снабжения мозга, с уменьшением оксигенации и, следовательно, с задержкой диоксида углерода, наступлением мозговой гипоксии, которая продуцирует ощущение одышки, усиливающееся по мере учащения и углубления вдоха. Такие условия приводят к измененному физиологическому состоянию, продуцирующему головокружение, чувство легкости и эйфории, а на его пике — сексуальный ответ. Сходные состояния наблюдались, например, у глубоководных водолазов. Субъективный опыт некоторых индивидов на ранних стадиях гипоксии сопровождается сексуальной стимуляцией. Один из персонажей «Жюстины» де Сада говорит: «...о, эти чувства невозможно описать, они превосходят все, что можно сказать».

В литературе приводятся случаи сексуального возбуждения от чувства потери сознания — сладострастного чувства головокружения в этих обстоятельствах. Некоторые пациенты отмечают, что они используют асфиксию как прелюдию к мастурбации, тогда как у других оргазм сопровождает асфиксию.

Мозг особенно восприимчив к гипоксии. При этом предполагается, что каждый, избежавший фатального исхода и повторяющий эпизоды церебральной гипоксии, руководствуется постоянно испытываемыми эффектами на мозг. F.S. Berline и Strachan (1968) отмечают, что особенно вовлечены в данные психические эффекты память и сфера абстрактного мышления. Два случая, детально изученных Hucker и соавт. (1987), свидетельствуют о недостаточности этих функций.

Преобладающее большинство жертв аутоасфиксиофилии — мужчины. По данным исследования аутоэротических летальных случаев R. Hazelwood и соавт. (1983), от асфиксии умерли 127 мужчин и только 5 женщин, причем очевидна редкость случаев такой смерти среди женщин в целом [Danto B.L., 1980]. Согласно R. Hazelwood и соавт., возрастной диапазон погибших — от препубертатного до 70 лет, в среднем 26,5 года. Большинство жертв были моложе 30 лет [Walsh F.M. et al., 1977], в основном жертвы были в возрасте 12—17 лет. По некоторым данным, подростки в настоящее время становятся жертвами почти в половине случаев. Около 70 % жертв — холосты.

R. Brittain (1968) предполагал, что больше вовлечены в этот вид сексуальной активности люди образованные, белой расы, из артистических кругов. R. Hazelwood отмечает, что вовлеченность людей среднего класса выше, чем из высших и низших социоэкономических групп. Однако нет ясных объяснений этих соотношений.

Родственники и друзья тех, кто умер от сексуальной асфиксии, обычно удивлены и шокированы обстоятельствами смерти, чаще им неизвестны

факты аномального сексуального поведения или психиатрических жалоб. У тех нескольких оставшихся в живых людей, с которыми беседовали психиатры, не выявлено грубых психических нарушений. К тому же серьезные судебные протоколы редко встречаются в случаях сексуальной асфиксии [Hazelwood R. et al., 1983]. Тем не менее синдром аутоэротической асфиксии или, как его назвал H.L.P. Resnik (1972), «периодическое эротизирующее удушение», описан достаточно подробно:

- жертва — юноша или молодой мужчина;
- обнаруживаются веревки, ремни или другие связывающие материалы, приспособленные таким образом, что сдавление шеи может производиться и контролироваться произвольно;
- обычно имеются свидетельства мастурбации (например, следы семени);
- погибший частично или полностью обнажен;
- жертва единична;
- могут быть свидетельства того, что умерший предпринимал частые попытки скрыть какие-либо следы на своем теле;
- отсутствие видимых намерений умереть;
- наличие эротической продукции (фото или литература);
- связывание тела и/или конечностей и/или гениталий веревками, цепями или ремнями;
- облачение в женские принадлежности.

Немаловажное значение для выбора экспертной гипотезы могут иметь и личностные данные.

Посмертная судебная комплексная сексолого-психолого-психиатрическая **экспертиза Щ., 1967 г.р.,** по факту его гибели.

Известно, что наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Щ. родился от нормально протекавшей беременности, в срок. Перенес обычные детские инфекции в легкой форме. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, учеба всегда была на первом месте. Увлекался спортом, сочинял стихи, любил слушать музыку. Согласно показаниям матери, «по улицам не болтался, в плохие компании не лез, никогда не дрался, критические ситуации старался обходить». По характеру формировался добрым, отзывчивым, стремился всем помогать. С родителями был всегда вежлив, никогда не грубил. После окончания школы Щ. поступил в филиал политехнического института в своем городе. Учеба в институте его не привлекала. Через несколько месяцев после поступления в институт Щ. был призван в армию. Срочную службу проходил в Германии. Службой не тяготился, письма из армии от него всегда приходили хорошие, в них он ни на что не жаловался. После демобилизации женился на девушке, с которой дружил со школы. Оба продолжили обучение в институте, проживали в общежитии. Со слов вахтера общежития, Щ. был всегда жизнерадостным, общительным, приветливым. После окончания 2-го курса Щ. оставил учебу в институте, так как будущая специальность его не привлекала, поступил в высшее зенитно-ракетное командное училище ПВО. В характеристике с места учебы было отмечено, что Щ. за время учебы зарекомендовал себя дисциплинированным курсантом, все поручения и приказания выполнял с чувством ответственности, был решителен и тверд в своих убеждениях, способен на решительные действия в экстремальных ситуациях, пользовался авторитетом у командиров и товарищей. На протяжении всех лет обучения Щ. почти каждый вечер отпрашивался у командования, чтобы съездить домой к жене, которая жила в 40 км от места его службы, хотя на следующий день к 7 утра он был обязан явиться в училище. При этом сильно уставал, ходил «с красными глазами», на занятиях регулярно спал. На 2-м курсе Щ. написал рапорт с просьбой понизить его в должности, так как должность командира отделения не давала возможности чаще бывать с женой и доче-

рью, и был разжалован из сержантов в рядовые. Знакомые и родственники жены знали умершего как скромного, немного замкнутого, предпочитающего общество жены человека. Сама жена в своих показаниях сообщила, что знает мужа еще со школы, где она училась в 8-м, а он — в 10-м классе. Дружили они 2 года, до ухода Щ. в армию. Сразу после увольнения он «начал настаивать» на женитьбе, и вскоре брак был заключен. Была в муже уверена, чувствовала с ним себя «как за каменной стеной». По ее утверждению, на столь частых поездках она не настаивала, но «друг без друга они не могли»; признала, что не желала отпускать его даже на рыбалку, хотелось, чтобы он постоянно был рядом. Щ., по ее мнению, боялся ее расстроить, на других женщин внимания не обращал, на измену был неспособен. Из армии постоянно писал ей письма и «даже стихи»; когда ей довелось быть в санатории, — звонил каждый вечер, посылал через день письма; их разлуки длились максимум 5—6 дней.

Вместе с тем имеются данные, указывающие на некоторые особенности их семейных отношений. Так, по показаниям подруги жены, она была порой несправедлива к мужу, могла намекнуть на измену. Требовала ежедневного присутствия дома из-за болезни дочери. Ей неоднократно говорили, чтобы она его не мучала, так как Щ. «приходилось тяжело». В 1991—1992 гг. в их половой жизни был «некоторый перерыв», связанный с «мужской болезнью» Щ., причем сначала супруги подозревали венерический характер расстройства. В последующем жена никакой озабоченности не высказывала. Сам Щ. очень боялся ее потерять. Она же «сильно комплексовала» из-за псориаза. По мнению свидетельницы, Щ. ревновал жену и, возможно, у него были «моменты недоверия» к ней. Врач-дерматовенеролог сообщил, что Щ. действительно обращался за помощью в период с 14 по 23 мая 1991 г., ему был выставлен диагноз хронического неспецифического простатита. Однако в дальнейшем на прием не являлся, несмотря на предупреждения о возможных осложнениях, в том числе при утере потенции.

Согласно имеющимся показаниям, у сослуживцев складывалось впечатление о проблемном характере его взаимоотношений с женой: постоянно отпрашивался домой, объясняя отлучки то ссорами с родителями, то болезнью ребенка и, наконец, ревностью жены. Однажды просил отменить наряд в связи с неизбежной ревностью и скандальным поведением жены, которая требует ежедневного его появления дома. На вопрос о возможном разводе говорил о своей жалости к дочке. Согласно показаниям З., на 1-м курсе обучения, будучи старшиной батареи, Щ. почувствовал власть над людьми, стал превышать свои полномочия, оскорблять личный состав, унижать словесно, вел себя недостойно, за что и был снят с должности, после чего стал «обычным курсантом», как ни в чем не бывало. Многих удивляли его выходки на уровне 15-летнего ребенка, что выражалось в желании побегать друг за другом, подурачиться; прибегал к громким выкрикам, за что его иногда одергивали. В конце 3-го курса собирался идти в медсанчасть, сказав, что «застудил предстательную железу и заболел простатитом»; чувствовал боли, мочился кровью. При этом говорил, «зачем он нужен жене, так как эта болезнь ведет к импотенции», очень переживал. М. также указывал, что не воспринимал умершего всерьез, в своей среде его называли «великовозрастным ребенком» из-за некоторых его высказываний, поступков и фраз, из-за чего он, по мнению свидетеля, «комплексовал». Всегда был очень уставшим и в любую свободную минуту старался поспать. Г. показывал, что у Щ. было постоянное желание выйти за стены училища. Отказы в увольнении воспринимал крайне болезненно, что бросалось в глаза; при этом старался «отыграться» на подчиненных. Иногда над ним подшучивали из-за того, что по возвращении из увольнения тело его — шея, спина — было покрыто «засосами». В целом же он авторитетом не пользовался, общаться с ним было тяжело, считался странным, упрямым человеком, «постоянно допускал ребяческие выходки, например поджигал или взрывал что-нибудь, любил побегать, порезвиться», что вызывало удивление у окружающих из-за несоответствия такого поведения его реальному возрасту. Ни самого свидетеля, ни других сокурсников смерть Щ. не удивила, поскольку все они считали, что «добром он не кончит». Когда у него обнаружился простатит, то об этом всем сразу стало известно. Он воспринял это «близко к сердцу», сильно переживал, боялся импотенции, предупреждал заболевшего простати-

том о недопустимости прекращения лечения, ссылаясь на собственный пример запущенной болезни. После окончания училища был направлен для дальнейшего прохождения службы в Приморский край, где был назначен начальником расчета. По месту назначения уехал один, жену и ребенка решил не брать, пока не устроится. В гарнизоне получил трехкомнатную квартиру. С места службы писал письма родным и жене, которые не отправил. В них он писал о рыбалке, погоде, ценах на продукты, условиях жизни в гарнизоне, строил планы на дальнейшую жизнь с семьей. По месту службы Щ. характеризовался исполнительным и дисциплинированным офицером; отмечалось, что он был вежливым, спокойным. Согласно показаниям Р., во время их совместной служебной поездки Щ. производил впечатление серьезного, здравомыслящего человека, настроен был оптимистично, высказывал планы на будущее, рассчитывал привезти жену и дочь. С. показал, что Щ. в разговоре с ним говорил, что ему «очень трудно без жены» и что он «очень хочет женщину», на трудности в службе не жаловался, распределением в воинскую часть был доволен. Сослуживец П. характеризовал Щ. как впечатлительного, сентиментального человека. Отмечал, что иногда, ведя разговор, он «улыбался», конкретно на вопросы не отвечал, «как будто думал о чем-то своем». Сослуживцы М. и Г. утверждали, что Щ. был «мрачным», «грустным», в разговорах иногда высказывал разочарование по поводу службы, состояния квартиры, говорил, что «ожидал лучшего». К. и С., видевшие Щ. незадолго до случившегося, отмечали, что настроение у него было хорошее.

Через месяц после прибытия на новое место службы Щ. был обнаружен мертвым в своей квартире, висящим в петле из простыни. При этом на нем были только плавки, приспущенные таким образом, что половой член был обнажен. Петля из простыни проходила через подмышечные впадины и замыкалась на шее таким образом, что позволяла напряжением рук регулировать степень ее натяжения, усиливая или ослабляя степень удушения. По заключению СМЭ, смерть Щ. наступила от сдавления органов шеи петлей при повешении. Странгуляционная борозда прижизненная. При химическом исследовании крови был обнаружен 0,1 ‰ алкоголя, что соответствует физиологической норме.

Психологический анализ материалов уголовного дела позволил выделить такие характерные для Щ. индивидуально-психологические особенности, как черты некоторой личностной незрелости, ситуативность поведения, полярность внешних оценок. Отмечаются также повышенная ранимость («все воспринимал близко к сердцу»), сочетание элементов стремления к самоутверждению с ригидным следованием выработанным стереотипам поведения, фиксации на отрицательных переживаниях. Указанные личностные особенности свидетельствуют, с одной стороны, об инфантильности, незрелости, а с другой — о формировании дисгармоничной личностной структуры. Комиссия пришла к заключению, что Щ. при жизни психическим заболеванием не страдал, мог правильно понимать значение своих действий и руководить ими. Тем не менее характер повешения, в том числе совокупность таких признаков, как обнаженный вид трупа с оголением выпушенного из плавок полового члена, своеобразный способ формирования петли, предоставляющий возможность регулировать степень натяжения петли, усиливая или ослабляя степень удушья, не исключают наступления смерти в результате осуществления девиантного сексуального акта аутоасфиксиофилии в виде так называемого скарфинга (достижение оргастических ощущений в результате пережатия сонной артерии).

Имеющиеся в деле данные (о несоответствии поведения возрасту, своеобразии супружеских взаимоотношений, фиксации на своей возможной мужской несостоятельности) позволяют также предположить наличие у Щ. признаков психического инфантилизма и психосексуальной ретардации с формированием сверхценных расстройств, охватывающих сексуальные переживания.

Связь сексуальной асфиксии с другими сексуальными аномалиями до сих пор остается не вполне определенной, хотя, в отличие от скудных данных о связи между сексуальной асфиксией и другими яркими психическими нарушениями или преступлениями, ее связь с другими сексуальными

аномалиями более очевидна. R. Hazelwood (1983) пишет, что диагностика основывается преимущественно на посмертных фактах. Гомосексуальная ориентация была обнаружена у 8 (6,3 %) из 127 мужчин и ни у одной из 5 женщин. Описаны 2 гомосексуальных, 3 бисексуальных и 1 гетеросексуальный мужчина в 6 случаях сексуальной асфиксии, хотя средства получения доступа к ним (объявление в «подпольной» газете) могли значительно исказить эти факты. Таким образом, не доказано, что сексуальная асфиксия широко представлена среди гомосексуалистов.

Сексуальный садизм однозначно наблюдался только в одном случае из серии наблюдений R. Hazelwood, хотя в 5 остальных принадлежащие покойным письма и рисунки содержали доказательства садистических фантазий. Описаны 2 садиста-убийцы с аутоэротической асфиксией. R. Brittain (1968) кратко описал случай индивида, который практиковал аутоэротическую асфиксию, а позднее совершил садистическое убийство. Имеется краткое сообщение о мужчине, который во время мастурбации наносил себе удары в грудь перочинным ножом, причиняя поверхностные повреждения и фантазируя при этом о нанесении ударов до смерти женщине без лица. Имеются более детальные описания садиста-убийцы, который признался также в аутоэротической асфиксии, и утверждают, что этот случай представляет собой психодинамическое звено между сексуальной асфиксией (эротический суицид) и эротическим убийством.

Один случай сосуществования педофилии и сексуальной асфиксии был описан R. Hazelwood (1983), им также были найдены убедительные доказательства возможного наличия вуайеризма, копрофилии и мизофилии у таких лиц. R. Brittain (1968) ссылался на сексуальную асфиксию у человека, который ранее в фантазиях представлял детей.

Сексуальный мазохизм отмечался в 15 случаях (11,8 %). R. Hazelwood (1983) приводит пример такого поведения, как ожоги гениталий сигаретой, прикрепления к соскам молочных желез вешалок для одежды или клипсов, самоповреждения, надписи или фотоснимки соответствующего содержания. По данным Hucker, в 11 % случаев использовались мазохистские приспособления.

R. Hazelwood и соавт. (1983) различают два родственных поведения, прежде объединенных под расширительной рубрикой сексуального мазохизма. «Гипоксифилия» — термин, предложенный специально для практики повторяющейся и намеренной (самостоятельно или с помощью другого лица) церебральной гипоксии с целью достижения сексуального возбуждения. Второй термин — «кордофилия», или «лиготтизм», — сексуальное поведение индивидов, чьи действия связаны с самоограничениями [Hazelwood et al., 1983], что было выявлено почти в половине случаев сексуальной асфиксии.

Фетишизм отмечен в 9,4 % случаев [Hazelwood R. et al., 1983] — 3,9 % из них были также трансвеститами. Однако 20,5 % были переодеты в момент смерти, что также наблюдалось в 23 % случаев другими исследователями. Наложение на асфиксию садомазохизма, фетишизма и трансвестизма у некоторых индивидов было также показано в других исследованиях.

Хотя типичные аутоэротические фатальные исходы легко распознаются опытными исследователями, некоторые очевидные аутоэротические смерти могут иметь различные причины, поскольку индивиды, занимавшиеся аутоэротической асфиксией, могут внезапно умереть от других причин.

Среди 157 аутоэротических смертельных случаев, описанных R. Hazelwood и соавт. (1983), 11,5 % были определены как атипичные. Это были главным образом неасфиксические смерти, включающие вариации опасной

сексуальной активности, когда использовались электричество, введение инородных тел в естественные отверстия, опасные для жизни игры.

Обсуждается и проблема смерти от сексуальной асфиксии в присутствии партнера. Это обычно гомицидные действия при сексуальных нападениях с последующим удушением жертвы. Коллективных асфиксических смертей при осуществлении общей девиантной активности значительно меньше (3,2 %, по данным R. Hazelwood). В таких случаях в сравнении с другими, действительно несомненными аутоэротическими смертями, они могут быть значительно трудны в определении, в иных случаях смерть была гомицидной [Polson C.J., 1981].

В западной литературе обсуждаются и проблемы страхования, тесно увязываемые с выявлением мотивации смерти. Наиболее часто встречаются случаи, когда смерть в процессе сексуальной асфиксии наступает в результате преднамеренных действий или в результате несчастного случая. Шок, ужас и благие намерения родственников могут препятствовать исследованию из-за изъятия ими сексуальных принадлежностей с места смерти перед прибытием полиции. Некоторые психиатры, изучавшие эту проблему, были убеждены в депрессии или бессознательном желании смерти жертв, ссылаясь на это как на «суицидальный синдром» или «эротизацию смерти».

Впоследствии многое из того, что было определено как типичная аутоэротическая смерть, стало рассматриваться как суициды. Утверждается, что если повешение сопровождается ясными указаниями на сексуальную активность (а не только на наличие эякулята), можно предположить несчастный случай в отсутствие доказательств обратного. Этот взгляд разделяют большинство судебных медиков. Поэтому допускается страхование от несчастных случаев и некоторых неожиданностей, что вдвойне гарантирует от убытков, но требования возмещения страховки в этих случаях оспариваются.

Существуют некоторые нормы, принятые судом США для формулировки заявления на страхование [Hazelwood R. et al., 1983], с детальным анализом и комментариями нескольких из этих случаев. Это находится в соответствии с законами, согласно которым потерпевшие не должны умереть в результате суицида, гомицида или естественных причин, но только в результате «несчастного случая» в обычном значении этого слова, которое становится центральным в заключении. Некоторые законы содержат такое положение: поскольку умерший «умышленно и намеренно» занимался сексуальной асфиксией, то смерть была естественной и предсказуемой, хотя и ненамеренной, и, следовательно, требования компенсации являются необоснованными.

В других случаях подробно рассматриваются тонкие различия причин. Например, в правилах одной из компаний предусмотрительно записано, что аутоэротическая смерть не является случайной, так как у умершего была возможность контролировать степень гипоксии и он начинал делать осознанный выбор, не используя «освобождающий механизм, который обычно функционировал как следует». Другой закон исходит из того, что аутоэротическая смерть случайна, поскольку умерший имел основания верить, что его опыт не будет фатальным, так как он переживал его в прошлом. В Британии страховые компании в случае, если они знают о склонностях индивида к сексуальной асфиксии, никогда не дают страховку.

Индивиды с предпочтением этой формы сексуальной активности редко привлекают внимание психиатров. Тем не менее практика показывает высокую летальность вследствие аутоасфиксиофилии, и если общество становится более информированным о данной проблеме, а пациенты самостоя-

тельно обращаются за лечением, вопрос перестает быть только академическим и приобретает практическое лечебное звучание.

В литературе отмечается эффективность поведенческой терапии и 2,5-летнее наблюдение с уменьшением частоты аномальных фантазий, отсутствием девиантной активности и возрастанием частоты и удовлетворения с гетеросексуальным партнером в браке. D. Hucker и соавт. (1987) описывают различные терапевтические подходы к двум пациентам. Один мужчина 40 лет получал снижающее половое влечение лекарство — медроксипрогестерона ацетат с хорошим первоначальным эффектом. Однако его девиантные побуждения вернулись, и в последующем он просил о хирургической кастрации, которой был подвергнут. Он тем не менее нуждался в малой недельной дозе лекарства, оставаясь при этом хорошо контролируемым после 6 лет с достаточной частотой гетеросексуальных контактов, поддерживающих его брачные отношения. Второй пациент отвергал антиандрогенные медикаменты и был отправлен для прохождения поведенческой терапии.

Считается оправданным использование вначале бихевиористского подхода с применением медикаментов, снижающих либидо, таких как медроксипрогестерон и ципротерона ацетат; при неудаче предлагается прибегать к кастрации как последней возможности, разумеется, там, где это разрешено законом.

Глава 14

Сексологическая экспертиза в гражданском процессе

14.1. Экспертиза спорных половых состояний

Отсутствие в России законодательных нормативных актов, регулирующих установление половой принадлежности и изменение гражданского пола, создает в правовом отношении неопределенную ситуацию, допускающую варианты, иногда неоправданные при решении конкретных вопросов. Тенденции развития правовой регуляции оказания медико-социальной помощи лицам с синдромом отрицания пола в настоящее время неочевидны. Министерством здравоохранения РФ и был подготовлен ряд приказов и положений по этому вопросу, которые, однако, не получили дальнейшего развития. В результате на сегодняшний день в отечественном правовом пространстве проблема транссексуализма упоминается чуть ли не единожды, а именно Федеральным законом от 15 ноября 1997 г. «Об актах гражданского состояния». Статья 70 этого закона в числе условий заключения о внесении исправления или изменения в запись акта гражданского состояния упоминает «представление документа установленной формы об изменении пола, выданного медицинской организацией». Между тем установление предполагаемой формы наталкивается на диаметрально различные представления о данной проблеме в медицинских и юридических кругах, в частности о последовательности соответствующих правовых и медицинских процедур (смена паспортного пола, т.е. имени и оперативная реконструкция пола). Однако решение этой проблемы требует не только создания инструктивных и ведомственных документов, но в первую очередь специального закона. В случае, если отечественная модель смены пола будет в какой-либо степени соответствовать мировым стандартам, следует ожидать перехода процедуры рассмотрения вопросов о половой принадлежности в разряд судебных экспертных ситуаций, поскольку существующая практика подразумевает в этих случаях обязательное судебное производство.

Среди юридически значимых наиболее известны ситуации, возникающие в основном в гражданском процессе, например при решении проблем по созданию семьи, деторождения и наследования, при определении способности к несению военной службы и др.

Под психическим полом следует понимать совокупность характеристик психической деятельности и поведения индивида, которые в субъективной и объективной интерпретации могут быть отнесены к признакам пола.

Понятие объективной интерпретации охватывает оценку параметров пола экспертами, которые исходят из концепций, различающихся в разных научных школах. Использующаяся концепция определяет качественную и количественную характеристику параметров пола. На данном этапе развития медицины представляется необходимым учет основных групп таких параметров, выявляемых с помощью сексологического, психиатрического, психологического и нейропсихологического методов обследования.

Понятие субъективной интерпретации отражает оценку параметров самим индивидом, которая может происходить как на уровне сознания, так и бессознательном, определяя его самооценку как представителя определенного пола.

Понятия гражданского и психического пола не совпадают: первый биполярен и альтернативен (т.е. может быть или мужским или женским), второй может определяться как континуум состояний с разной долей маскулинной и фемининной составляющих. Континуальность рассматриваемых состояний признана современными классификационными систематиками и была очевидна с самого начала их изучения (см. главу 9).

Становление сексологии как науки в XIX в. сопровождалось попытками объяснения прежде всего гомосексуальной ориентации. Ломброзо расценивал гомосексуализм как форму психического гермафродитизма и считал его причиной возвращение к одной из пройденных и характерных для некоторых низших животных ступеней биологической эволюции. Факторами, «расковывающими» это скрытое биологическое наследие, автор считал в первую очередь эпилепсию и кретинизм. К. Ульрихс (1864) писал, что «урнинги» — особый третий пол, когда в мужском теле живет женская душа.

Э. Карпентер в работах «Промежуточный пол» (1906), «Промежуточные типы между примитивными людьми» (1914) приводил этнографические данные о распространенности людей «промежуточного пола» и разнообразии выполняемых ими социальных функций. М. Хиршфельд (1914) считал гомосексуализм промежуточным звеном процесса дифференциации полов в фило- и онтогенезе. Он писал, что половой диморфизм по-разному проявляется в половых органах, других телесных свойствах, сексуальных влечениях и душевных качествах, и, поскольку природа не делает скачков, каждый из этих параметров имеет свои переходные, промежуточные варианты. Р. Крафт-Эбинг (1896) говорил об «эффеминации» и «эвирации» (психический сдвиг в женскую и мужскую сторону) и даже о половой «трансмутации». О. Вейнингер (1899) пытался теоретически обосновать наличие промежуточных между абсолютно мужским и абсолютно женским полюсами форм. К.Г. Юнг (1935) писал о том, что в каждом индивиде есть частица психики противоположного пола («анима» и «анимус»). Позже A. Kinsey (1947) также отмечал фундаментальное правило таксономии: природа редко имеет дело с дискретными категориями.

З. Фрейд (1905), описывая «инвертированных» и «частично инвертированных» личностей, утверждал, что «невроз — негатив перверсии», подчеркивая возможность общего их происхождения вследствие нарушения процесса идентификации. В последующем во многих психоаналитических работах [например, Rosanoff R., 1949] утверждалось, что «латентный гомосексуализм» может лежать в основе развития невроза, алкоголизма, наркомании, стойкого асоциального и девиантного поведения. Однако во многом справедливое критическое отношение к «пансексуализму» психоанализа со стороны психиатров других школ затормозило изучение данной проблемы.

Направленное изучение и попытки систематизации РПИ отмечаются со времени описания H. Benjamin (1964) транссексуализма. Среди лиц, недовольных своей половой принадлежностью (впоследствии этот синдром был назван «половой дисфорией» — не очень удачное название с точки зрения психиатров, вкладывающих в понятие дисфории другой смысл), автор различал транссексуализм (состояние, когда индивид постоянно носит женскую одежду с целью идентификации с противоположным полом и желает хирургической и гормональной коррекции внешних признаков пола в соответствии с полом самоидентификации) и трансвестизм (состояние, когда

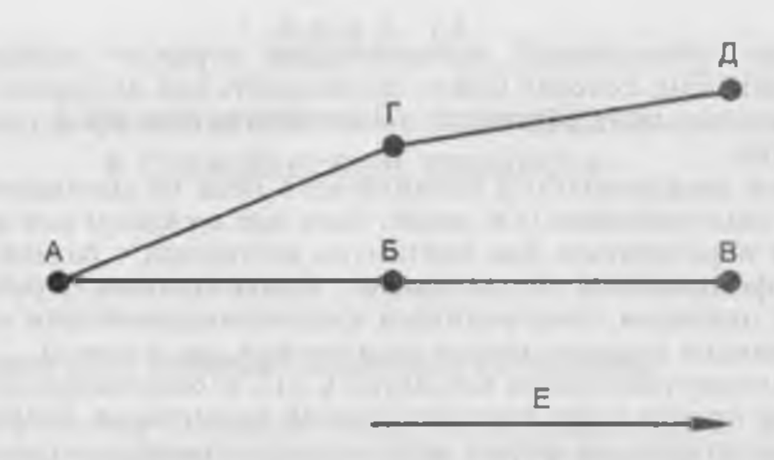


Рис. 14.1. Модель транссексуализма по R.Docter [Banks D., 1994].

А — конгруэнтный мужчина; Б — гомосексуальный мужчина; В — гетеросексуальный трансвестит; Г — первичный транссексуализм; Д — вторичный транссексуализм; Е — степень половой дисфории

индивид переодевается в одежду противоположного пола и хочет изменить анатомические признаки пола с фетишистской целью — сексуальное возбуждение и удовлетворение). При трансвестизме обычно наблюдается гетеросексуальная направленность либидо, при транссексуализме отмечается или аутоэротизм (сексуальность только в фантазиях при мастурбации), или направленность сексуального влечения на лицо, половая принадлежность которого противоположна тому полу, с каким он себя идентифицирует.

R. Docter (1988) описал альтернативную модель, проводя отличия между переодеванием (КД — кросс-дрессинг) и родом dysphoria (рис. 14.1). Автор описал КД как континуум, по степени нарастания половой дисфории, на одном полюсе которого такого поведения нет, в середине располагается фетишистский трансвестизм с гетеросексуальной ориентацией, и далее — «вторичный» транссексуализм. «Первичный» транссексуализм в его понимании связан с идентификацией с другим полом более, чем КД, а в середине располагается гомосексуальность. Для «первичного» транссексуализма характерно раннее, с 4—6 лет, недовольство своей половой принадлежностью, для «вторичного» позже — с 20—30 лет [Bushong C., 1995].

Как справедливо замечает D. Banks (1994), модель эта смешивает три отдельные явления: КД как способ демонстрации женской половой роли, неудовлетворенность физическими признаками пола и ориентацию по полу объекта. Высказывалось мнение, что мужские и женские разновидности транссексуализма не аналоги, и их различия в адаптации в смысле партнерства не зависят от операции [Kockott G., Fahrner E., 1988].

Таким образом, даже такая явная форма нарушения половой идентичности, как транссексуализм, не является однородным образованием, а представляет собой широкий спектр состояний. В отечественных исследованиях [Васильченко Г.С. и др., 1983] выделяются «краевые» и «ядерные» формы транссексуализма, подчеркивается, что при «краевых» формах возможна удовлетворительная социально-психологическая адаптация даже без изменения гражданского пола или подобные лица могут удовлетвориться сменой только гражданского пола без хирургической или гормональной коррекции.

А.О. Бухановский (1994) описывает основные и производные симптомы транссексуализма. К основным симптомам последнего он относит инвер-

сии половой идентичности, половой социализации личности и психосексуальной ориентации, к производным — симптом отвергания пола, проявления психосоциальной дезадаптации, аутодеструктивное поведение и конкурирующую с ним установку на изменение пола. Инверсию половой идентичности он описывает как осознание себя лицом противоположного пола, ощущение внутренней раздвоенности своего полового состояния. Автор отмечает, что при этом аномальное психическое «Я» оказывается наиболее консолидированным и во внутренней картине болезни предстает естественным, тогда как практически здоровые и нормальные телесные признаки пола становятся чуждыми и несовместимыми с собственным половым статусом.

Л.М. Василенко (1995) считает транссексуализм вариантом сексуального дизонтогенеза и описывает различной степени нарушения полового самосознания при нем — от четкого осознания принадлежности к другому полу (в ⅓ случаев мужского транссексуализма) до нечеткой половой самокатегоризации в остальных случаях.

Некоторыми исследователями был описан «псевдотранссексуализм» [Ovsey L., 1989, и др.] — состояние, когда индивид постоянно «живет» в женской роли, однако не испытывает желания гормональной или хирургической коррекции пола. C. Bushong (1995) выделяет «трансгендеристов» — лиц, которые «живут часть жизни как мужчина, часть — как женщина или полностью в роли противоположного пола, но без всякой установки на смену анатомических признаков пола». Однако вряд ли можно назвать удовлетворительным такой критерий выделения группы расстройств половой идентичности, как отсутствие установки на смену пола. O. Bodlund, K. Armelius (1994), статистически анализируя отличия между группами транссексуалов, лиц с нетранссексуальным типом нарушений половой идентичности (Gender Identity Disorders of Adolescence and Adulthood, Non-transsexual Type — GIDAANT) и контрольной группой, нашли, что у лиц с GIDAANT чаще наблюдался отрицательно окрашенный самообраз.

Наконец, некоторые исследователи описывают «транссексуальных женщин с мужским физическим полом, которые считают себя лесбиянками», и «транссексуальных мужчин с женским физическим полом, считающих себя гомосексуалами».

Основным осевым расстройством всех вышеупомянутых видов РПИ оставался синдром «половой дисфории» — недовольство собственной половой принадлежностью, отмечались лишь различия в его выраженности — от «отрицания пола» со стремлением к его хирургическому изменению до «сомнений в своей половой принадлежности». Однако высказывалось мнение, что четких границ между лицами с половой дисфорией, требующими хирургической коррекции и не требующими ее, нет [Bradley S., Alabama K., 1991]. G. Brown (1990) отмечает, что группа лиц с половой дисфорией гетерогенна, и лица с транссексуализмом составляют лишь небольшую ее часть.

И.С. Кон (1998) пишет, что «самая глубокая, всеобъемлющая форма гендерной дисфории — трансгендеризм или транссексуализм (первый термин подчеркивает, что речь идет не только о половом/сексуальном, а о гендерном статусе): индивид полностью отвергает свой гендерный статус и добивается его перекодирования, включая соответствующую хирургическую операцию, смену паспортного пола и т. д.». В более мягком варианте гендерной дисфории индивид не меняет своего анатомического пола, но в определенных ситуациях нарушает гендерные границы, например путем переодевания (трансвестизм). Существует также множество случаев, когда человек не сомневается в своей гендерной идентичности, но не может «опреде-

литься» относительно каких-то ее конкретных аспектов, например сексуальных, и это порождает конфликты и в его образе «Я». Он отмечает, что в отличие от гомосексуальности трансгендеризм — сравнительно редкое явление, но по мере того, как люди узнают о возможности изменения пола, количество гендерных дисфориков растет. Еще недавно считалось, что 1 транссексуал приходится на 30 000 мужчин и на 100 000 женщин, но, по новейшим голландским данным, в этой стране 1 транссексуал приходится на 11 900 мужчин и на 30 400 женщин. Последнее является бесспорным аргументом в пользу частично культуральной обусловленности установки на смену пола. Однако 3,8 % пациентов, прошедших хирургическую смену пола, сожалели о своем решении. Результаты статистического анализа методом логистического регресса выявили два фактора, характерные для таких лиц — недостаток поддержки от семьи пациента и его принадлежность к неосновной группе транссексуалов [Landen M., Walinder J., Hambert G., Lundstrom B., 1998].

Психоаналитики считают, что половая идентичность — часть иерархического ряда, начинающегося с архаичного телесного Ego, раннего образа тела, примитивного «Я» и представляет собой их расширение на сексуальную и репродуктивную сферы; транссексуализм близок к перверсиям, однако то, что в извращении носит символический характер, при транссексуализме конкретно, и высказывания пациента о том, что он «девушка, заключенная в теле мужчины», надо понимать буквально [Meyer J., 1982], а желание пациентов с транссексуализмом приобрести физические признаки противоположного пола следует расценивать как проявление психологической защиты вследствие несоответствия физического «Я» психическому [Sigusch V., 1995].

S. Levine (1993) считает, что среди лиц с кросс-дрессингом (переодеванием) встречаются индивиды с разными нарушениями половой идентичности (в сторону маскулинности или фемининности), разными сексуальными ориентациями (гетеро-, гомо-, би- и асексуалы), а также лица с парафилиями, но во всех случаях это поведение должно расцениваться как выражение сознательно ощущаемой женственности. Подобная гетерогенность этой группы объясняется несколькими причинами: 1) стремлением к гетеросексуальному половому акту; 2) появлением сексуального возбуждения впервые в жизни при переодеваниях; 3) возможностью в настоящее время примирить и разделить свои мужские и женские проявления. Когда такие лица отказываются даже от остатков мужской роли и успешно живут как женщины, то они должны обозначаться как транссексуалы.

В.Е. Каган (1991) описал семиотику нарушений половой идентичности у детей, в частности, он выделяет следующие признаки:

- стремление к принятию облика другого пола;
- влюбленность в людей своего пола;
- идентификацию с персонажами другого пола в восприятии произведений литературы и искусства и т.д.

Важными критериями диагностической значимости этих признаков автор считает: совпадение поведения и переживаний; включение в них сексуально-эротических компонентов; контрарность (принятие стереотипов другого пола при активном неприятии своего); избыточность, утрированность отдельных проявлений.

В.Е. Каган выделил 3 варианта половой идентичности: 1) нормативный — отражающий индивидуальные особенности и сопровождающийся адаптационными реакциями; 2) условно-патологический — характеризую-

шийся наличием полоролевого конфликта как переживания своего несоответствия полоролевым стандартам, принимающий форму невротических реакций; 3) патологический — конфликт половой идентичности как осознаваемое активное противостояние субъективного переживания своей половой принадлежности и диктуемых паспортным полом половых стереотипов, когда личностные реакции носят активно-приспособительный характер и направлены на легализацию своей половой идентичности, а при фрустрации выражаются в широком спектре реакций пассивного и активного протеста, кризисных реакциях и состояниях (становление гомосексуальной ориентации или транссексуализма).

J. Money (1994) указывает, что при РПИ есть дискордантность между полом наружных гениталий и полом, представленным на уровне мозга (каким-то одним, хотя в норме представительство бисексуально). Он считает, что причины РПИ могут быть генетическими, пренатальными гормональными, постнатальными социальными и постпубертатными гормональными, однако подробности этих влияний остаются неясными.

З. Лев-Старович (1995) описывает «комплекс нарушений идентификации с полом», главными проявлениями которого становятся нечеткое ощущение принадлежности к определенному полу, при этом индивид чувствует себя в этой роли неуверенно, демонстрируя заторможенность, несмелость, его сигналы, предназначенные представителям другого пола, могут носить противоречивый характер. Такие состояния, по мнению автора, имеют два типа динамики: либо со временем происходит полная интеграция со своим полом, либо наблюдается перерождение в потребность изменения пола. При этом он считает, что девиационные отклонения и интересы, которые могут возникать у подобных лиц, являются лишь симптомом защиты, а не истинными парафилиями.

S. Bradley и K. Zucker (1997) в обзоре литературы по расстройствам половой идентичности у детей и подростков за 10 лет отмечают, что необходимо объяснить сложное взаимодействие между биологическими и психосоциальными факторами в развитии таких нарушений и дать правильную оценку эффективности лечения.

Американскими психиатрами и сексологами предпринята попытка сформулировать общие подходы к диагностике и терапии пациентов с расстройствами половой идентичности (Standards of Care — SOC), в которых подчеркивается необходимость комплексного подхода к подобным пациентам с обязательным участием не только психиатров и психологов, но и специалистов других медицинских дисциплин — эндокринологов, хирургов*.

Установление психического пола является сложной экспертной процедурой, включающей не только проведение психиатрического, сексологического и психологического обследований состояния на момент экспертизы, но и прогноз дальнейшего развития и адаптации личности в случае сохранения или смены гражданского пола.

Поскольку в целом критерии транссексуализма в МКБ-10 трудно признать удовлетворительными, предпринимаются попытки поиска других концепций нарушений половой идентичности. C. Doorn, J. Poortinga и A. Verschoor (1994), сравнивая транссексуалов и трансвеститов, выдвигают гипотезу о двух подсистемах идентичности пола (мужской и женской) в любом человеке. Проявление этих подсистем может быть абсолютным или относительным (только в определенных состояниях или при определенных

* Полный текст см. International Journal of Transgendered. — 1998. — Vol. 2. — № 2.

условиях, или иметь характер поиска). Авторы считают, что можно говорить о двух континуумах половой идентичности: первый располагается от абсолютно женской до относительной женской, второй — так же по отношению к маскулинности. Таким образом, транссексуалы и «нормальные» женщины являются комбинацией абсолютной женственности со слабой мужественностью, трансвеститы же относятся к людям, в которых маскулинность и фемининность выражены относительно. Подчеркивается необходимость клинического, а не «социально-депатологизирующего» подхода к транссексуализму для более четкого определения показаний к хирургической коррекции пола [Becker H., Hartmann U., 1994].

Отмечено, что установка на смену пола может наблюдаться при различных состояниях, в том числе и при парафилиях (например, на определенных этапах фетишистского транвестизма), в то же время в зарубежных исследованиях прослеживается тенденция не ограничивать показания к хирургической смене пола только установленным диагнозом транссексуализма, что отражается в использовании понятия «половая дисфория».

R. Blanchard (1989) пытался классифицировать лиц с половой дисфорией по формам сексуальной ориентации и предлагал выделять две большие группы: гомосексуалов и негомосексуалов. Внутри последней он выделял гетеро- и бисексуалов и аналоэротиков, которых не привлекали ни мужчины, ни женщины, однако они не обязательно лишены сексуального влечения или не проявляют сексуальное поведение. Позже R. Blanchard (1991) вводит понятие «аутогинефилии» (термин автора), характеризующее состояния, когда сексуальное возбуждение возникает при мысли о своей принадлежности к женскому полу или представлении себя в образе женщины, что в поведении не связано с переодеванием. Описывая феномен «she-male», который заключается в представлении себя одновременно с мужскими и женскими анатомическими характеристиками (обычно женская грудь и мужские половые органы), R. Blanchard (1993) квалифицирует его как «частичную гинефилию». Как правило, это мужчины, вовлеченные в порнографию или проституцию, намеренно увеличивающие свои грудные железы. Их отличие от лиц с половой дисфорией заключается в том, что их эротический самообраз не включает влагалище, как у последних. Они не испытывают желания постоянно жить как женщины или подвергаться хирургической коррекции и удовлетворяются приемом малых доз эстрогенов. Статистическое изучение подтвердило предположение, что лица, в чьем самообразе фигурирует влагалище, чаще других настроены на смену пола [Blanchard R., 1993].

Как видно из вышеизложенного, синдром половой дисфории может наблюдаться в рамках различных расстройств, поэтому его наличие не может однозначно толковаться как показание к смене гражданского пола или тем более хирургической коррекции. Однако правомерно расценивать его как возможное основание для проведения КСПЭ с целью установления психического пола.

Необходимо также подчеркнуть, что факт обращения лица с запросом о смене пола отнюдь не всегда связан с синдромом половой дисфории, а может быть обусловлен другими факторами, например эгодистоническим отношением к своей гомосексуальной ориентации.

Однозначным показанием к смене психического пола могут служить только верифицированные случаи «ядерного» транссексуализма, при которых имеются психопатологические расстройства: 1) непосредственно связанные с расстройствами половой идентичности; 2) определяющие возможность появления поведения, представляющего опасность для него (аутоа-

грессия, суицид) или для окружающих; 3) существующие не менее 2 лет; 4) не связанные с возрастом индивида (т.е. физиологический возраст обследуемого не может быть меньше 18 лет).

Вопрос дифференциальной диагностики транссексуализма с другими психическими расстройствами затрудняется тем, что при шизофрении также возможны расстройства половой идентичности, т.е. одно не исключает другого, однако тщательный анализ динамики психопатологических феноменов обычно позволяет распознать эндогенный процесс. В целом сексуальное содержание бредовых и галлюцинаторных расстройств должно настораживать врача в плане расстройств половой идентичности, требующих иной, чем транссексуализм, врачебной тактики.

Маниакальные или депрессивные состояния также могут сопровождаться высказываниями больных о том, что их психические процессы, ощущения и переживания приобрели особенности, характерные для противоположного пола, появляется и соответствующее поведение (эффеминация). В ремиссиях или в состояниях с аффектом другого полюса возникает критика к предыдущим переживаниям и поведению. Необходим также дифференциальный диагноз с нарциссической личностью [Hartmann U., Becker H., Rueffer-Hesse C., 1997], у которой установка на смену пола является «попыткой стабилизации фрагментированного «Я»».

Психологическое исследование позволяет, с одной стороны, более точно ответить на вопросы о сформированности полового самосознания пациента, определить факторы, обусловливающие дезадаптацию в биологическом поле, а с другой — определить для каждого конкретного пациента потенциальные возможности адаптации в новом поле на разных уровнях (полового самосознания, межличностного общения, межпартнерского взаимодействия и т.д.).

Психологический метод позволяет получить представление об особенностях личности, самосознания, мотивации, мышления и эмоциональной сферы испытуемого. Наиболее эффективными оказались такие методики, как тест Machover («Рисунок человека»), тест S. Bem, TAT, MMPI, тест Szondy, тест Люшера.

Бóльшая фемининность полоролевой идентичности у транссексуалов — биологических мужчин — показана во многих исследованиях; она выявлялась с помощью методик California Personality Inventory Femininity Scale и «Рисунок человека» [Buhrich N., McConaghy N., 1979], опросника S. Bem — BSRI [Fleming M., Jenkins S., Bugarin C., 1980], теста Роршаха [Bash K., 1983], хотя высказывалось предположение, что нарушения полоролевого поведения в детстве и негативное отношение к гомосексуализму в более позднем возрасте могут увеличивать вероятность возникновения транссексуализма [Hellman R., Green R., Gray J., Willams K., 1981]. Для транссексуалов-биологических женщин оказалась характерной бóльшая ригидность полоролевых стереотипов по сравнению с лесбиянками [McCauley E., Ehrhardt A., 1977]. По-видимому, когнитивные стратегии у транссексуалов более связаны с половой идентичностью, в то время как результаты теста Векслера более соответствовали биологическому полу [Hunt D., Carr J., Hampson J., 1981].

Отечественные психологические исследования транссексуализма [Соколова Е.Т., 1989, и др.] показали, что структура самосознания транссексуалов конфликтна прежде всего вследствие «противостояния» образа физического «Я» и образа психического «Я», образа «Я-сегодня» и «Я-завтра» (после операции). Нарушается эмоциональный компонент самосознания: маскулинные и фемининные качества «Я» жестко поляризуются в иерархии

ценностей, самооценка качеств, соответствующих желаемому полу, завышается в противовес качествам, вытекающим из биологического пола. Телесные качества осознаются как мешающие по отношению к значимым мотивам, в силу чего образ физического «Я» приобретает негативный личностный смысл, проявляющийся на поведенческом уровне в активном стремлении к изменению тела. Первичным звеном в нарушении половой идентичности при транссексуализме является, по мнению Е.Т. Соколовой, когнитивный образ, отражающий реальную телесную организацию транссексуала, а негативное эмоционально-ценностное отношение возникает вторично как реакция на фрустрацию жизненно важных мотивов и целей. При этом поведенческий уровень самосознания отражает активное стремление транссексуала утвердить желаемый образ «Я» во всех сферах деятельности. Транссексуализм, как считает автор, «может быть, нагляднее, чем любое другое душевное расстройство, позволяет наблюдать столь глубокую диссоциацию «Я-реального» и «Я-идеального», где первое телесно и духовно переживается как нечто чуждое и отвергаемое, ничтожное и постыдное, а второе — как наделенное всеми желаемыми достоинствами и идеализируемыми качествами, отождествиться с которыми транссексуал мечтает, как со своей утерянной сущностью».

Последние исследования позволяют подтвердить важное значение нарушений физического «Я» при транссексуализме. P. Marone, S. Iacoella и соавт. (1998) изучали восприятие образа собственного тела у 15 транссексуалов-мужчин (М-Ж) и 15 транссексуалов-женщин (Ж-М). Был использован тест интегрированного восприятия образа тела (Sensory Integration Body Imagery Test) [Ruggieri V., 1993], позволяющий измерять время восприятия субъектом определенной части тела, а также интенсивность восприятия в рамках определенной модальности (визуальная/кинестетическая). В основе теста лежит предположение, что восприятие зон тела, на которые распространяются конфликтные переживания, страхи, по времени и интенсивности будет отличаться от восприятия других областей. Авторами показано увеличение времени восприятия у мужчин-транссексуалов (М-Ж) от верхней части тела к нижней, а у женщин-транссексуалов (Ж-М) — наоборот. В первой группе (М-Ж) выявлено увеличение времени реакции на все тело, что, по мнению авторов, отражает наибольшие трудности его интегрированного осознавания. Для этой группы оказалось также характерным увеличение времени восприятия шеи (связь с голосом) и наружных половых органов, что может отражать высокую конфликтность восприятия этих областей тела. Во второй группе (Ж-М) обнаружено меньшее время реакции при восприятии области наружных половых органов и большее — области головы, груди, рук, предплечий и ног, которые, по мнению авторов, воспринимаются пациентами такими же существенными в формировании половой идентичности, как наружные половые органы. Авторы предполагают, что эти видимые части тела являются знаками для определения пола собеседника и играют большую роль в межличностных контактах и сексуальном поведении.

Другое направление исследований касается изучения уровня адаптации и психического здоровья в группе транссексуалов. O. Bodlund, K. Armelius (1994) сравнивали транссексуалов, лиц с расстройствами половой идентичности нетранссексуального типа и контрольную группу. Группа транссексуалов и контрольная группа отличались позитивным самовосприятием, а у лиц с расстройствами идентичности был выражен негативный образ «Я», который у всех пациентов коррелировал с низким уровнем социального функционирования.

Для выяснения того, насколько развитие транссексуализма сопряжено с психопатологическими проявлениями, L. Cohen, C. de Ruiter, H. Ringelberg, P.T. Cohen-Kettenis (1997) проводили сравнение транссексуалов юношеского возраста с подростками — пациентами психиатрической клиники, а также с группой нормы. В рамках системы Роршаха рассматривались три основные сферы нарушения психологического функционирования — нарушения восприятия, расстройства мышления, негативный образ «Я». Было выявлено, что группа транссексуалов занимает по показателям ошибок восприятия промежуточное положение между группой нормы и группой пациентов психиатрической клиники. Транссексуалы не отличаются существенно от группы нормы по показателям нарушения мышления и негативного образа «Я». Однако есть данные, что у транссексуалов чаще встречаются «подпороговые» множественные личностные расстройства [Bodlund O., Kullgren G., Sundbom E., Hojerback T., 1993].

Подытоживая вышесказанное, можно выделить два обязательных блока психологического исследования при экспертизе спорных половых состояний. Первый блок исследований должен не только включать в себя профиль маскулинности/фемининности, но и давать представление о комплексе факторов, отражающих различные структурные и содержательные составляющие полового самосознания [Heilbrun A., 1981]. Должны быть проанализированы: 1) полоролевая идентичность — представления о типичности для пола своего поведения или функций, выражающиеся как обобщенные суждения о мужественности или женственности, и отношение к ним; 2) полоролевые стереотипы — представления о стереотипах поведения и функциях, характеризующих мужчин или женщин в данном обществе; 3) полоролевое поведение, отражающее паттерны поведения индивида в соответствии с социальными стереотипами мужчин или женщин или корреляты этих стереотипов; 4) полоролевые предпочтения — ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения, свойственного тому или иному полу; 5) сексуальные предпочтения — ценности индивида в отношении представителя другого биологического пола.

Второй блок должен отражать личностные проблемы, уровень адаптации/дезадаптации, коммуникативность, степень удовлетворенности собой и окружающими. Проводимый анализ должен помочь ответить на вопросы, какие именно проблемы связаны с ощущением несоответствия собственного пола, как смена пола позволит решить эти проблемы, какова степень понимания трудностей адаптации в новом поле.

Методологически важным представляется разграничение показаний для смены паспортного пола и для гормональной и хирургической коррекции. Показания к гормональной и хирургической коррекции пола являются чисто медицинской проблемой и устанавливаются у лиц только после смены паспортного пола. Представляется вовсе не обязательным, чтобы хирургическая и гормональная коррекция следовали за сменой паспортного пола.

Исследование R. Blanchard, L. Clemmensen, B. Steiner (1983) было направлено на изучение того, как связана хирургическая смена пола с психологической и социальной адаптацией в выборке транссексуалов — мужчин (М-Ж). Авторами показаны статистически достоверная отрицательная корреляция между социальной феминизацией и уровнем напряженности и депрессии, а также достоверная положительная корреляция между сексуальными отношениями с мужчиной-партнером и вагинопластикой. Это указывает на то, что успешность смены пола в большей степени определяется психологической и социальной адаптацией мужчин-транссексуалов в женской роли, нежели хирургической коррекцией.

Результаты изучения лиц, подвергшихся хирургической коррекции пола, но сожалевших о своем решении, выявили несколько факторов, характерных для таких лиц: позднее начало гендерного конфликта, неблагоприятный семейный фон, фетишистский кросс-дрессинг, психологическая нестабильность и/или социальная изоляция [Kuiper A., Cohen-Kettenis P., 1998]. В некоторых случаях после фаллопластики появлялись обсессивно-компульсивные расстройства, ухудшение межличностных связей [Barrett J., 1998].

Приведем пример сочетания расстройств половой идентичности и шизофрении.

Комплексное сексолого-психолого-психиатрическое **обследование больного М., 47 лет,** в связи с направлением Министерства здравоохранения РФ на предмет наличия транссексуализма. Со слов обследуемого известно следующее. Родился 2-м ребенком в семье, имеет сестру на год старше. Мать характеризует вспыльчивой, часто ругающейся, — «для меня была как ребенок, для сестры — злодейка». Отец якобы не хотел ребенка, злоупотреблял алкоголем, «ненавидел меня, но я могла за себя постоять». Обследуемый родился в «сорочке», дома, «говорили — не жилец». Сестра также «ненавидела, хотела убить, у нее с психикой было не в порядке — боялась оставаться одна, била стекла, не спала по ночам», избивала испытуемого. В детстве дважды болел свинкой — второй раз в 12 лет. Дневной и ночной энурез эпизодически до сих пор. Помнит себя якобы с 3—4 лет, был подвижным, но необщительным. В детский сад ходил 1 год, «не нравилось», играл с девочками и мальчиками — «лазили по крышам, чердакам». Любимыми игрушками были медведь, грузовик: «никому медведя не давала — звали единоличницей». Рисовал кукол с девочками. Себя называл в женском роде «Таней» — «сколько себя помню». Помнит, как в 8 лет «взяла для себя женское платье», однако надевал его вроде бы и раньше. Мужские вещи не любил. Якобы с детства не нравилось мужское имя, «была обреченность». В 8—9 лет надевал тренировочные брюки, рубашку — «могла покорить сердце мужчин». Был высокий голос. Нравилось, когда мальчики принимали за девочку. Мечтал стать оперной певицей, любил петь, пытался поступить в музыкальное училище, «из-за женских партий» не взяли. В школу пошел с 8 лет, дружил с двумя мальчиками — соседями. Тут же говорит, что ни с кем не «дружила». Спортом не занимался, «но всегда была меткая рука — хорошо метала», катался на коньках. В школе была кличка «Заяц» — «хорошо бегала». Собирал марки, монеты, спичечные этикетки, до сих пор любит рисовать. В 11—12 лет надевал женскую одежду и ходил гулять — «но мне необязательно было ее надевать, меня и так принимали за девочку». Своя внешность не нравилась — большой нос, слишком худая фигура. Обращался в институт красоты «сузить нос». С 12—13 лет стал заниматься в кружках вокала, оперетты. Курит с 13 лет — «научили мальчишки». Лучше всех лазил по деревьям, «была очень смелой». Переплыл Москву-реку, чтобы доказать свою смелость, на спор спрыгнул с 3-го этажа. С 13 лет танцует, учился в балетной школе, занимался в драматическом кружке, но недолго. Любил читать художественную литературу — детективы, фантастику. Любимые персонажи — Консуэло, Луиза (из романа Шарлотты Бронте). Якобы с детства был верующим — ощущал на себе «взгляд Бога». Когда нашел Библию в 6 лет, «сразу поняла, что она священная». От Библии исходила энергетика, давала силу и покой, лечил ею голубей. В 13 лет «стала стесняться присутствия Бога», мысленно с ним разговаривал. С 14—15 лет стал обнаруживать «розовые пятна» на трусах утром — «как бы месячные, сперма бывает от крахмала». Примерно раз в 2—3 мес были эрекции по утрам, относился к ним спокойно. В 16—17 лет первая влюбленность в мальчика-ровесника, «но целовать ему себя не дала». Фантазии — не знает, с какого возраста представлял себя женщиной, ласки, половые акты с мужчинами — плохо: «не знаю как». Усы появились в 17—18 лет, стал выщипывать. Раз в месяц до сих пор якобы кровянистые выделения — «как месячные», в эти дни ощущает недомогание. В 27 лет появилась убежденность в наступлении «беременности»: прибавил в массе, вырос живот, беспокоили тошнота, слюнотечение; обратился к эндокринологу, были назначены какие-то таблет-

ки, после которых появились боли в пояснице, отмечались «сокращения мышц живота... по всему телу пошли токи... стало хорошо... одна рука и в ванной были ручьи крови... струйка крови из полового члена... а воды отошли из члена». С 15 лет увеличена щитовидная железа, назначались препараты йода, якобы из-за них «потерял зубы». Были боли в пояснице, по поводу которых обследовался, и ему сказали, что это эндокринная патология. В 17 лет обследовался в ПБ (1976—1977 гг.) по направлению РВК, якобы год состоял на учете в ПНД, был признан негодным, в военном билете проставлена статья 4 Приказа Министерства обороны. Закончил 10 классов, поступил в мастерскую эстрадного искусства, работал костюмером. Последние годы занимается «целительством». 4 года назад обращался в ПБ с вопросом о смене пола. При настоящем комплексном сексолого-психолого-психиатрическом обследовании выявлено следующее.

Соматическое состояние. Гинекомастия, ареолы сосков 2 см, волосы на груди отсутствуют. Оволосение лобка — горизонталь по женскому типу. Половой член — длина 5 см, окружность 7 см. Яички: левое 3×3,5 см, правое частично атрофировано, варикоцеле. От обследования предстательной железы отказался. При эндокринологическом обследовании: Т-захват 1,67 (норма 0,72—1,24); ТТГ 4,03 мк/мЕ/мл (норма 0,32—5,0); $Т3_{общ}$ 1,59 нг/мл (норма 0,8—2,0); $Т3_{своб}$ 3,6 пг/мл (норма 1,68—3,54); Т4 13,2 мкг/мл (норма 4,5—12,0); индекс свободного тироксина 7,9 (норма 5,0—12,0). Кортизол 53,82 мкг/мл (норма 6—30); пролактин 4,9 нг/мл (норма 2,2—18,5); ФСГ 0,32 (норма 1—12); ЛГ 1,9 (норма 2—12) мИЕд/мл; эстрадиол 70,7 пг/мл (норма 25—70); тестостерон 4,1 нг/мл (норма 0,2—1,0).

Неврологическое состояние. Слабость конвергенции слева, сухожильные и периостальные рефлексы высокие, зоны расширены.

Психическое состояние. Одет в женскую одежду, держится манерно, кокетливо. Эмоционально уплощен, мимика бедная, неадекватно гримасничает, преобладает жестикуляция. Мышление непоследовательное, выражены соскальзывания, резонерство. Настроение ровное с оттенком эйфории. Однако периодически, улавливая недоверие собеседника или чувствуя подвох в заданном вопросе, становится напряженным, с трудом сдерживает раздражение. Точно так же, упоминая о недостойном, по его мнению, поведении знакомых, с гневливыми интонациями бросает, что «убил бы» их. Необходимость смены паспортного пола видит в том, что, во-первых, его обманывают на работе, полученные им документы (диплом) оформлены на женское имя; во-вторых, хочет подать в суд на обмен жилплощади; в-третьих, хочет выйти замуж, а сексуальным отношениям с мужчинами препятствует его физический пол. Заявляет, что последние 3 года половое влечение испытывал только в моменты «медитации» («вхожу в оргазм»), при этом ощущал напряжение, трясло, из члена выделялась жидкость, были, «наверное, приятные ощущения». Частота таких состояний примерно 1 раз в месяц. Утверждает, что впервые мысли о смене пола появились якобы в детстве, в 12—13 лет, но не знал, что это возможно — «было желание уйти, жить одной под женским именем». Объясняет желание уйти из дома тем, что пьяный отец бил его, набрасывался на его собаку. Своим «идеалом» жизни в то время называет существование в отдельной комнате в тишине и покое в окружении животных и «цветочков», позже «нужен был человек сильнее меня». При ответе на вопрос, в каком возрасте стал надевать женскую одежду, путается — называет то 3 года, то 6 лет. Рассказывает, что надевал одежду сестры, выходил на улицу тайком от родителей, и его никто не узнавал. Утверждает, что якобы всегда мочился сидя, в школе ходил в туалет только тогда, когда там никого не было. Считает, что у него красивые фигура, талия, бедра, ноги, руки, главные отличия от женщин — половые органы, хотя «была худая в детстве», отмечал сильную сутулость. Мужская одежда не нравилась, но «что есть, то и одевала». С некоторым смущением и неохотой отвечает на вопросы о его «беременности», оговариваясь, что его рассказ может быть воспринят как свидетельство его психического заболевания. Тем не менее сообщает в последующем, что считает беременность происшедшей «от святого духа», и что «она повторила Богородицу». Уклоняется от разговора о «биоэнергетике», своем целительстве — «а то вы меня сумасшедшей признаете».

Психологическое исследование. Легко включается в ситуацию обследования, инструкции усваивает быстро, темп работоспособности неровный, замедляется к

концу задания с нарастанием истощения. Испытуемый подчеркнуто манерен, демонстративен. В беседе отмечаются соскальзывания с одной темы на другую, выраженное резонерство. При экспериментальном исследовании мышления также выявляются искажение и снижение уровня обобщения с опорой на латентные несущественные признаки и мотивационно-личностные нарушения мышления в виде резонерства, соскальзывания, разноплановости. Полоролевая идентичность испытуемого характеризуется явным преобладанием маскулинных черт над феминиными (маскулинный тип по методике МиФ). При выполнении методики «Кодирование» выражено стремление к идентификации с женскими полоролевыми стереотипами, испытуемый устанавливает ассоциативные связи между понятиями «Я-женщина» («собака» — «настоящий друг» в графе «Животное»). Представления о полоролевых стереотипах недостаточно дифференцированы (андрогинный тип), при этом образ «мужчины» характеризуется преобладанием маскулинных черт над феминиными, образ «женщины» — преобладанием фемининных черт над маскулинными (по методике МиФ). В методике «Кодирование» описание образов «мужчины» и «женщины» отличается формальностью и атрибутивностью («шляпа» как атрибут женщины: «всегда спасет плохую прическу», «дипломат, визитка — атрибуты серьезного мужчины» и т.д.). Паттерны полоролевого поведения недостаточно дифференцированы в ситуациях взаимодействия с мужчинами и женщинами и характеризуются преимущественно маскулинными чертами, а сексуальные предпочтения (образ идеального и реального сексуальных партнеров) — выраженностью фемининных качеств и соотносятся с образом женщины (методика МиФ). Применение модифицированного теста «Руки» свидетельствует о напряженности в межличностном общении, трудностях реализации инструментальной агрессии, фиксированности на незавершенных агрессивных переживаниях. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о маскулинном типе полоролевой идентичности испытуемого, маскулинных паттернах полоролевого поведения, формальности и атрибутивности представлений о полоролевых стереотипах; образ «женщины» соотносится с системой сексуальных предпочтений, что может отражать преобладание полоролевой социализации по «мужскому» типу, при стремлении к идентификации с «женской» половой ролью. На основании изложенного комиссия пришла к *заключению*, что М. страдает шизофренией, параноидной формой, а также имеет признаки инверсии половой роли. В связи с отсутствием транссексуализма показания для смены его паспортного пола отсутствуют. Рекомендуются наблюдение и лечение у психиатра по месту жительства. Нуждается также в обследовании и лечении у эндокринолога.

Приведенный клинический пример, не вызывая сомнений в диагностическом плане, ставит вопрос о врачебной тактике в случаях сочетания нарушений половой идентичности и других психических расстройств. Если исходить из положения, что транссексуализм является единственным показанием для смены паспортного пола, то здесь нет предмета для обсуждения. Однако длительная и по-своему достаточно устойчивая социальная адаптация, даже на сниженном уровне, именно в женской социальной роли заставляет подумать о возможности ее поддержания путем смены паспортного пола. Сексуальная сфера испытуемого в данном случае практически дезактуализирована, поэтому подобная постановка вопроса имеет право на существование. С другой стороны, никаких показаний к гормональной или хирургической коррекции пола в этом случае не существует, поэтому после возможной смены гражданского пола испытуемый может ставить вопрос о приведении его морфологического пола в соответствие с паспортным. Возникает юридическая коллизия, так как имеющиеся у испытуемого признаки биологического пола с формальной точки зрения могут быть расценены как уродство и показание к оперативному вмешательству. В этом случае вопрос должен также решаться через обращение пациента в суд с целью опротестовывания заключения врачей,

поэтому психиатры и сексологи должны быть готовы к подобным нестандартным ситуациям.

Ниже приводится клинический случай транссексуализма, который может служить иллюстрацией сложности психологических проблем при достаточной клинической ясности.

Комплексное сексолого-психолого-психиатрическое **обследование Б., 19 лет**, обратившейся с просьбой о смене пола. Со слов обследуемой известно следующее. Вторая по счету в семье, есть старший брат. Отец по характеру несдержанный, наказывал физически «за дело». Мать по характеру спокойная. Роды преждевременные, с двойным обвитием пуповины, закричала не сразу. В детский сад ходить не хотела, плакала. Со слов испытуемой, играла в «пистолеты, палки», «казаки-разбойники», купленные куклы валялись невостребованными. С 4 лет появилась избыточная масса, сохранявшаяся до 13 лет. Дразнили «пончиком», но особенно по этому поводу не переживала. Любила сладкое. С 8-летнего возраста думала о себе в мужском роде, допускала в речи ошибки в роде с 15 лет. Длинные волосы не нравились, так же как и косы, носила короткую стрижку. Общалась только с мальчиками, дралась с ними. С 12 лет «серьезно» занялась большим теннисом, завоевала 5-е место по России. Себя характеризует спокойной, но «балованной» — даже если что-то запрещали, добивалась своего и делала так, как хотела. Книжки читать не нравилось, в свободное время гуляла, играла во дворе в футбол, хоккей. Курит последние 1,5 года, алкоголь не употребляет из-за «неприятного вкуса». Противоречия в себе ощутила в 10—11 лет, когда впервые понравилась девочка: «хотелось дотронуться» — это не испугало, восприняла как естественное для себя явление. До школы вынуждена была ходить в женской одежде, было неприятно одевать платье. С 10—11 лет сны, в которых видела себя мужчиной, дралась. С 15 лет подобные сюжеты в фантазиях. Было чувство зависти к мальчикам, с 15 лет называет себя «Тим». Рост молочных желез с 13 лет, испытывала отвращение, стыд, надевала обтягивающие майки, чтобы не было видно. Месячные с 13 лет, первые восприняла со страхом, отвращением. Школьную форму носила до 5-го класса. Вначале хотела быть водителем, но с 10—11-го класса — врачом. В 6-м классе ухаживал мальчик, однако его ухаживания были противны. Либидо с 14—15 лет, нравились девочки-ровесницы, снились ласки, как бы половые акты, при этом представляла, что у нее есть мужские половые органы. В 15 лет первый поцелуй с девочкой, в постели не раздевалась, было стыдно — «неприятно для себя». Всего было 10 партнерш, практиковала петтинг в активной роли, после 3—4 встреч «становилось скучно». Оргазма никогда не испытывала. В 15 лет перенесла сотрясение головного мозга, сознание не теряла, отмечались тошнота, рвота. В 1996 г. была госпитализирована в ПБ после демонстративной суицидальной попытки (хотела выстрелить себе в висок из газового пистолета после конфликта с матерью по поводу смены пола). Со слов матери известно, что в детстве от сверстниц якобы ничем не отличалась, носила косы, женские платья. Были случаи, когда дралась во дворе с мальчишками, с 6—7 лет стала предпочитать брюки, спортивные рубашки, однако конфликтов из-за одежды не возникало. В 12 лет, когда стали увеличиваться молочные железы, мать обратила внимание, что она «неестественно плоская», узнала, что испытуемая перетягивает грудь. Месячные переносила нормально. В 16 лет была травма черепа, после которой заявила матери, что она мужчина и что хочет сменить пол. Стала более вспыльчивой.

При настоящем комплексном сексолого-психолого-психиатрическом обследовании в Центре выявлено следующее. ***Соматическое состояние:*** молочные железы развиты слабо, ареолы сосков 1,5 см; оволосение лобка — горизонталь; наружные половые органы развиты правильно. ***Эндокринологическое обследование:*** кортизол 6, 24 (норма 6—30 мкг/дл), пролактин 10,1 нг/мл (норма 1,9—25,9), ФСГ 2,02 (норма 1—26), ЛГ 1,6 мИЕд/мл (норма 2—15 фс, 22—105 сс, 0,6—19 лс), эстрадиол 114,7 пг/мл (норма 25—221 фс, 83—690 сс, 26—408 лс); тестостерон 0,8 нг/мл (норма 0,2—1,0 нг/мл).

Неврологическое состояние: левый глаз при конвергенции отходит, хуже оттягивает левый угол рта, сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, зоны расширены.

Психическое состояние. В мужской одежде, движения угловатые, преобладает жестикуляция над позами. Мимика несколько обеднена. Мышление последовательное, с чертами обстоятельности. Настроение ровное. Утверждает, что иногда бывают мысли о самоубийстве, а в 1996 г. действительно хотела покончить с собой — «надоело непонимание окружающих». Определяет свое представление о транссексуализме как «несоответствие физиологического состояния моральному, нравственному». Впервые мысль о смене пола появилась в 13 лет, когда узнала об операциях. Однако поясняет, что в 6—10 лет уже ощущала себя мальчиком, хотя описать ощущения этого периода не может. Если доверяла людям, то называла себя в мужском роде; если беседовала с малознакомым человеком, то в женском. Если была одета в мужскую одежду, то всегда говорила о себе в мужском роде. Считает, что лучше быть мужчиной, — «он сильный, независимый, нет месячных, не надо рожать, легче сделать карьеру, управлять семьей». Характеризует себя морально сильной, любящей управлять людьми. Заявляет, что, по ее мнению, «у женщин сила — достоинство, у мужчин слабость — недостаток». Отмечает, что раздеться не может ни при женщинах, ни при мужчинах. Считает, что молочные железы удалить надо обязательно, в отношении же половых органов она «подумает, посмотрит оперированных пациентов, так как боится причинить вред своему здоровью». В сексуальных контактах ищет удовольствия для себя, никогда не думала об удовольствии партнерши. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявлено.

Психологическое исследование. Легко идет на контакт, ориентируется в ситуации обследования, легко усваивает инструкции, трудность понимания заданий не отмечается, темп работоспособности ровный, признаки истощения в ходе выполнения заданий отсутствуют. При исследовании мыслительной сферы наблюдается доступность высокого уровня обобщения с тенденцией к конкретно-ситуативным обобщениям. Полоролевая идентичность испытуемой характеризуется преобладанием маскулинных черт над фемининными (маскулинный тип по методике МиФ). В методике «Кодирование» проявляется также идентификация с мужскими полоролевыми стереотипами — испытуемая устанавливает ассоциативные связи между понятиями «Я-мужчина» («бамбук» в графе «Травянистое растение» — так как «его не так просто сломать»). Это также проявляется в методике МиФ, где «Я-реальное» испытуемой практически пересекается с образом «мужчина должен быть...». Однако полоролевые предпочтения испытуемой («Я-идеальное») в методике МиФ характеризуются сбалансированностью полоролевых качеств М/Ф (андрогинный тип) и не соотносятся ни с мужскими, ни с женскими полоролевыми стереотипами. В то же время в методике ЦТО испытуемая устанавливает цветоассоциативные связи между понятиями «Я-идеальное — женщина» (желтый цвет). Это может отражать стремление к эмоциональной идентификации с женским полоролевым стереотипом. Представления о полоролевых стереотипах достаточно дифференцированы и соответствуют культуральным — «мужчина» — маскулинный тип, «женщина» — четко выраженный фемининный тип (по методике МиФ). При этом мужской полоролевой стереотип по сравнению с женским больше соотносится с полоролевой идентичностью и полоролевыми предпочтениями испытуемой. Следует отметить, что в методике «Кодирование» описание образов «мужчины» и «женщины» отличается некоторой формальностью (описываются отличия между ними преимущественно по форме тела, атрибутивным предметам — помада и т.д.). При выполнении методики ЦТО испытуемая устанавливает цветоассоциативные связи между понятиями «женщина — сила — упорство — успех — активность» (желтый цвет), в то время как «мужчина — ребенок — нежность — мальчик — сочувствие — тепло» (красный цвет). Это может отражать отсутствие четких представлений о мужской и женской половых ролях при формальной усвоенности полоролевых стереотипов. При этом испытуемая отмечает большие трудности в отношении понимания внутреннего мира женщин — «они трудны для понимания (себе на уме), в то время как у мужчин все проще». Это может отражать недостаточную интериоризированность женской половой роли при стремлении к идентификации с мужской половой ролью. Паттерны полоролевого поведения испытуемой недостаточно дифференцированы в ситуациях, релевантных половому самосознанию, и характеризуются преимущественным доминированием фемининных качеств. Сексуальные предпочте-

ния (образ идеального и реального сексуальных партнеров) характеризуются выраженностью фемининных качеств и, находясь в «фемининном квадранте», соотносятся с образом «женщины» (методика МиФ). Однако в тесте ЦТО образ реального сексуального партнера ассоциируется у испытуемой с образом «мужчины» (красный цвет), в то время как образ идеального сексуального партнера соотносится с образом «женщины» (желтый цвет). При выполнении модифицированного теста «Руки» выражены трудности в установлении социальных контактов, тревожность в общении с окружающими, директивность и демонстративность в общении. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о маскулинности полоролевой идентичности испытуемой, идентификации с мужскими полоролевыми стереотипами; формальности и атрибутивности представлений о полоролевых стереотипах, соответствии образа «женщины» сексуальным предпочтениям испытуемой; недостаточной дифференцированности и фемининности паттернов полоролевого поведения. На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что у Б. выявлены признаки транссексуализма, в связи с чем ей показана смена паспортного пола с последующим наблюдением и психокоррекцией у сексолога и психолога. Решение вопроса о хирургической коррекции целесообразно только после повторного обследования через 2 года.

Вышеприведенный клинический пример, в отличие от предыдущего, представляет «ядерный» вариант транссексуализма, что подтверждают данные психологического обследования, выявившего маскулинность полоролевой идентичности с достаточной формальной усвоенностью мужских полоролевых стереотипов. Однако очевидна и спутанность идентификаций на различных уровнях психического пола: стремление к эмоциональной идентификации с женским полоролевым стереотипом, отсутствие четких представлений о половых ролях, доминирование фемининных качеств в паттернах полоролевого поведения в ситуациях, релевантных половому самосознанию.

Таким образом, психологическое исследование в данном случае не только подтверждает сексологический диагноз, но и показывает проблемы, с которыми придется столкнуться в психотерапевтической работе. Есть основания утверждать о достаточности критериев для смены гражданского пола, однако решение вопроса о хирургической и гормональной коррекции должно быть отложено до окончания периода психотерапевтической и психокоррекционной работы.

14.2. Сексологическая экспертиза при гражданских исках

Сексологическая экспертиза по гражданским делам на сегодняшний день назначается в единичных случаях. Однако расширение экспертной практики в гражданском процессе в целом неизбежно должно затронуть и те правовые коллизии, в которых юридическое значение сексуальных расстройств будет несомненным.

14.2.1. Экспертизы в связи с семейным правом

Признание брака недействительным. Согласно статье 27 Семейного кодекса (СК), брак признается недействительным при нарушении ряда предусмотренных кодексом условий, среди которых на первом месте — взаимное добровольное согласие (статья 12 СК). Поэтому цель назначения в этих ситуациях судебно-психиатрической экспертизы — получение заключения о психическом состоянии испытуемого и его способности (или неспособности вследствие психического заболевания) отдавать себе отчет в своих

действиях или руководить ими в момент заключения брака (п. 19 постановления Пленума Верховного суда от 21.02.73 г. № 3 «О некоторых вопросах, возникших в практике применения судами КоБС» в редакции постановления Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.1993 г. № 11). Об этом же говорится и в п. 21 постановления Пленума Верховного Суда СССР от 28.11.1980 г. № 9 «О практике применения судами законодательства при рассмотрении дел о расторжении брака», где указано, что брак может быть признан судом недействительным, если будет установлено, что на момент его регистрации лицо не понимало значения своих действий и не могло руководить ими, поэтому не выразило своего согласия на вступление в брак.

Лишение родительских прав и отобрание детей. Лишение родительских прав регламентирует статья 69 СК. Родители (один из них) могут быть лишены родительских прав, если они уклоняются от выполнения своих обязанностей; злоупотребляют родительскими правами; жестоко обращаются с детьми, в том числе осуществляют физическое и психическое насилие над ними, покушаются на их половую неприкосновенность; являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией; совершили умышленное преступление против жизни или здоровья своих детей либо против жизни и здоровья супруга.

Процедура лишения родительских прав применяется: а) когда изменить поведение родителей в лучшую сторону уже невозможно; б) только судом; в) при наличии вины родителя.

Статья 73 СК подразумевает, что 1) суд может с учетом интересов ребенка принять решение об отобрании ребенка у родителей (одного из них) без лишения их родительских прав (ограничение родительских прав); 2) ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание).

Таким образом, результатом удовлетворения иска об ограничении родительских прав становится отобрание ребенка у родителей, что означает утрату ими права воспитывать своего ребенка лично. Статья 75 СК, однако, предусматривает сохранение *правовой связи* ребенка с родителями, чьи родительские права ограничены, что создает основу его контактов с ними.

Статья 77 СК предусматривает, что при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них). ***Немедленное отобрание*** ребенка производится органом опеки и попечительства на основании соответствующего акта местного самоуправления, т.е. допускается отобрание в упрощенном административном порядке. Причем не имеет значения, наступили или нет негативные последствия такой опасности, важно то, что она существует. Пункт 2 статьи 77 СК обязывает органы опеки и попечительства в течение 7 дней предъявить иск либо о лишении родительских прав, либо об ограничении родителей в этих правах.

Как указывают М.А. Качаева и В.А. Черный (1998), предметом СПЭ по делам, касающимся воспитания детей, является оценка психического состояния лица, способности его понимать значение своих действий или руководить ими, а также опасности для проживания с ним ребенка и соответственно решение вопроса о возможности больного принимать участие в воспитании детей.

Таким образом, целью экспертизы в данном случае является заключение о характере психического заболевания испытуемого, о том, может ли он по состоянию здоровья воспитывать детей, а также о том, опасен ли ис-

пытуемый по психическому состоянию для своего ребенка при совместном с ним проживании. Представляется, что среди оснований для суждения об опасности в этих случаях особое значение приобретают в том числе девиантные сексуальные тенденции, прежде всего определяющие инцестное и педофильное поведение.

Дела о расторжении брака. Само по себе наличие у одного или обоих супругов психического заболевания не является основанием для развода (лишь в случае, когда супруг был признан судом недееспособным, брак с ним может быть расторгнут в упрощенном порядке в органах ЗАГСа). Однако во всех остальных ситуациях при отсутствии согласия одного из супругов, согласно статье 22 СК, расторжение брака в судебном порядке производится, если судом установлено, что дальнейшая совместная жизнь супругов и сохранение семьи невозможны. Таким образом, при выяснении вопроса о наличии или отсутствии оснований к расторжению брака суд учитывает в числе прочего также особенности психического заболевания, если эти особенности могут препятствовать их дальнейшей совместной жизни (например, бред ревности). Поэтому по данной категории дел эксперт дает заключение о наличии или отсутствии таких особенностей психического заболевания, которые могут препятствовать дальнейшей совместной жизни супругов и сохранению семьи.

Большое значение психиатрами придается содержательным характеристикам психопатологических расстройств, влияющим на партнерские семейные отношения (например, бред ревности, преследования). Судебными медиками [Крюков В.Н. и др., 1998] особо выделяется экспертное исследование *половой и производительной способности*, нарушение которой, по их утверждению, может стать самостоятельным основанием бракоразводного процесса. Однако, помимо дефектов половых органов (аплазия или атрезия влагалища, его врожденное или приобретенное сужение и т.д.), ими упоминается среди прочего вагинизм, диагностика и оценка которого, так же как и других психосексуальных расстройств, входят в компетенцию судебной сексологической экспертизы.

Дела, связанные с усыновлением и его отменой. Требования, предъявляемые к усыновлению, обращены к лицам, желающим заменить родителей. Что же касается самих детей, не достигших совершеннолетия, то состояние их здоровья, в том числе отклонения в психическом развитии, не мешают усыновлению. Однако подразумевается необходимость информирования будущего усыновителя обо всем, что касается личности и состояния здоровья ребенка. Мало того, что представляется соответствующее медицинское заключение, но кандидатам в усыновители предоставляется право обратиться в медицинское учреждение для проведения независимого медицинского освидетельствования усыновляемого ребенка при участии представителя учреждения, в котором находился несовершеннолетний. Это достаточно распространенная мировая практика: так, например, в США считается обязательной информация даже о привычке ребенка использовать ненормативную лексику, о жестком обращении с ним в родительской семье, о сексуальном насилии над несовершеннолетним и т.д.

В интересах несовершеннолетнего в СК заложена и норма об отмене усыновления. В первую группу оснований для такой отмены входит поведение усыновителя, которое свидетельствует, например, о злоупотреблении приобретенными им родительскими правами, о жестоком обращении с ребенком, алкоголизме или наркомании усыновителя (статья 141 СК). Таким образом, речь идет об обстоятельствах, аналогичных основаниям лишения родительских прав. Вторая группа оснований к отмене усыновления связа-

на в том числе с не обнаружившимися ранее симптомами «тяжкого наследственного заболевания ребенка, влекущего за собой патологию его поведения в виде, например, влечения к бродяжничеству» [Нечаева А.М., 1998]. Статья 142 СК наделяет правом требовать отмены усыновления самих усыновителей, а в подобных случаях необходимо соответствующее медицинское заключение с выводом о *невозможности для такого ребенка воспитания в семейной обстановке.* Такая практика также имеет мировые аналоги: в Калифорнии, например, законодательство разрешает приемным родителям добиваться отмены усыновления по медицинским показаниям, существовавшим еще в момент усыновления, но не известным им.

Данный вид экспертных исследований относится к числу наиболее сложных еще и потому, что представляемая экспертам информация содержит субъективные искажения, сознательно или неосознанно вносимые заинтересованной стороной.

На разрешение комплексной судебной психолого-сексолого-психиатрической **экспертизы 13-летнего Т.** (1987 г.р.), назначенной в ходе рассмотрения гражданского дела по отмене усыновления, поставлены в том числе следующие вопросы.

1. Имеются ли какие-либо отклонения и патологии в половом и сексуальном развитии Т. от нормального? Каким образом это проявляется? Каков предварительный прогноз в их развитии в связи с ростом и взрослением мальчика (исчезновение, изменение, обострение)?

2. Представляет ли его поведение и сексуальные отклонения угрозу для его 5-летней сестры, 1995 г.р., при совместном проживании?

В исковом заявлении мать указывала, что в 1992 г. они с мужем приняли в семью и усыновили Т. по достижении ребенком возраста 4 лет. При оформлении усыновления им было известно, что две родные сестры мальчика страдают «сильно выраженными психическими отклонениями», однако им якобы сообщили, что данное психическое заболевание передается только по женской линии. В течение месяца после усыновления они стали замечать странности в поведении сына: особую расторможенность, неусидчивость, «необъяснимые выходки», когда пачкал испражнениями мебель, рвал ковры, обои, занавески, «страдал энурезом». В дальнейшем ребенок брал из чужой одежды вещи, документы приходивших к ним людей, прятал их. Постоянно совершал кражи у родителей, у их гостей, в школе и т.п. В апреле 1995 г. у них родилась дочь, к которой сын проявлял «постоянный нездоровый интерес»: раздевал девочку, «затаскивал» под одеяло, под кровать, раздевался сам, трогал ее половые органы при «каждом удобном случае». На уговоры и разъяснения родителей не реагировал, они старались не оставлять детей вместе, так как врач разъяснила, что сыном «выбран» из семьи «самый слабый человек», а в последующем его действия будут обращены и на родителей. Т. начал «кататься» на электричках, пропускал занятия в школе, по несколько дней не ночевал дома, его склонность к бродяжничеству приводила к тому, что неоднократно родители находили сына в приемниках-распределителях, учителя рекомендовали обратиться к психиатру, что родители сделали только в 1999 г. При первом же обращении Т. был направлен на госпитализацию.

В материалах дела имеются справки о том, что Т. в 1999 г. трижды содержался в Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей.

С 15.06 по 2.08.99 г. находился в психиатрическом стационаре, куда поступил с жалобами на бродяжничество, воровство, энурез, возбудимость, «холодные, формальные» отношения с приемными родителями, жестокость к сестре, онанизм с дошкольного возраста, поджог вещей, «выходки» (мазал калом все в доме, мочился в постель). Иногда, не ночуя дома, приходил в школу, где хорошо успевал. Сообщал, что по независимым от него причинам иногда по ночам мочится в постель. Рассказывал, что не любит мать, так как та «жадная и не любит его». Сообщал, что знает о том, что родители — приемные, относился к этому с «напускным равнодушием», о родных родителях говорил, что «не хочет к ним», так как мать «пьяница», а отца

«никогда и не было». После вопросов об онанизме, взаимоотношениях с сестрой и «странных играх» с ней замыкался, опускал голову, переставал отвечать. При психологическом исследовании были обнаружены тенденции к агрессии в отношении с окружающими. С 4.08 по 2.11.99 г. вновь находился на лечении в психиатрической больнице, где в отделении был шумным, подвижным, отмечались «игровые интересы», был дружен с детьми, удовлетворительно занимался по программе 6-го класса массовой школы. Очень переживал из-за поведения матери, которая не навещала его, а в дальнейшем отказалась забирать сына после выписки из стационара. Был выписан с диагнозом: расторможенное расстройство личности (F60.8).

Согласно школьной характеристике, Т. вспыльчивый, неуравновешенный, агрессивный, часто вступает в конфликты с детьми. Обижает учеников младших классов, особенно девочек, старается ударить их, подставить подножку, ущипнуть.

25.02.2000 г. при поступлении в стационар мать сообщала те же жалобы, что и при предыдущих госпитализациях, кроме того, отмечала, что сын сексуально расторможен, «приставал» к сестре. Сообщала, что незадолго до стационирования Т. оголялся при сестре, заставлял ему «лизать писю», раздевал сестру. При расспросе об этом мальчик своих переживаний не раскрывал, молчал, опустив голову. Также мать сообщила, что сын с 6 лет занимался онанизмом, отмечались отек и «нагноение» крайней плоти, по поводу чего обращались к врачам и проводилось лечение. Поначалу Т. тяготился пребыванием в больнице, конфликтовал, дрался с детьми, о собственных переживаниях не рассказывал. В дальнейшем настроение улучшилось, охотно рассказывал о семье, сестре: «я ее не очень люблю, она ведь мне не родная». Говорил, что хочет домой, но его туда не забирают, поэтому живет в интернате. В отделении был беспокоен, часто дрался, временами бывал вспыльчив, агрессивен, на замечания персонала реагировал «злобно». Был выписан 12.05.2000 г. с диагнозом: умственная отсталость легкой степени с нарушением поведения, требующим ухода и лечения, обусловленная неясными причинами.

В ходе проведения медико-педагогической комиссии родители сообщали, что с 6 лет ребенок сексуально озабочен, занимался онанизмом до отека крайней плоти, его лечили антибиотиками, то же повторялось в 5, 6 классах. После рождения сестры появились странности в поведении: стал груб, неуправляем, мочился на ковер, пачкал калом вещи. С возрастом стал «сексуально расторможен»: оголялся, ложился к сестре, раздевал ее, заставлял лизать его половой член, ласкать его, после чего был переведен в специализированный интернат. На комиссии рассказал, как, будучи в больнице, под кроватью с мальчиками играли своими половыми членами, показывал детям во время тихого часа половые органы, «смешил» их таким образом, рассказал о своих «проделках с сестренкой». Чувство дистанции было снижено: во время обхода показал врачу «сексуальную жестикуляцию».

В ходе судебного заседания мать утверждала, что в семью ребенка приняли «нормально», убедили его, что детский дом ему приснился, затем заметили, что он пил из унитаза, ходил в туалет «мимо горшка», размазывал фекалии по мебели. В 5 лет сын «онанировал до боли», по этому поводу обратились к врачу, который сказал, что это — раннее созревание, после чего «успокоились». В 6 лет в гостях Т. «пытался совершить акт» с малолетней дочерью приятелей. В течение года сын посещал детский сад, где жаловались, что он «уродует игрушки». В 1995 г. родилась дочь, у которой была родовая травма, из-за чего нельзя было ее пеленать, поэтому она лежала в «распростертом виде». Ближе к году дочери сын «лазил» руками к ней в ползунки, раздевал сестру, на замечания не реагировал, «наказания в углу не помогали», в последующем стал закрывать уши, чтобы никого не слушать. Затем дочь говорила, что он «сует ей в рот писю» и заставляет «вылизывать задницу», жаловалась на боли в половых органах. Мать старалась не оставлять детей наедине, так как «сын плохо влиял на девочку». Ссылаясь на слова школьной уборщицы, мать показала, что сын в школе проявляет интерес к девочкам: «зажимает» их и целует. Также приводила слова воспитателя интерната, что Т. очень агрессивный, затевает драки, девочек из младших классов «целовал, укладывая на пол»; одноклассниц «не трогал», пытался все время «потискать или ущипнуть» девочек.

В ходе экспертного исследования 18.01.2000 г. мать испытуемого поясняла, что сразу после усыновления они заметили в его поведении отклонения, однако дума-

ли, что эти «странности» объясняются его пребыванием в детском доме. Когда взяли ребенка из детского дома, у того был «распухший» половой член, в дальнейшем заметили, что с 4 лет сын занимался онанизмом, «играл» со своим половым членом, что заканчивалось семяизвержением, так что «повсюду», в том числе и на белье, находились «соответствующие пятна». По этому поводу ребенка водили к хирургу, который пояснил, что сейчас дети — «акселераты» и такое в наше время встречается, лечения не назначал. Сообщала, что в последующем у сына неоднократно «гноился и распухал» половой член, в связи с чем прикладывали ему «примочки с марганцовкой»; объяснений, из-за чего это происходило, «добиться» от сына не могли, однако, якобы врачи не исключали, что это от онанизма. Практически с самого начала проживания в семье сын пытался подглядывать, когда она мылась в ванной, при этом ложился на пол, под дверью, а так как не мог ничего увидеть — «очень злился». С того же времени его неоднократно заставали за тем, что «черпал чашкой» и пил воду из унитаза, когда оставляли одного «на горшке», пачкал фекалиями «все вокруг», до 11 лет также пачкал стены в туалете. На день рождения в 5 лет сыну подарили собаку, которую он постоянно бил палками. Когда в квартире появлялись котята, Т. сразу же начинал душить их, и животных приходилось отдавать. В 6 лет, находясь в гостях у знакомых, сын раздел их 2-летнюю дочь и, как они поняли, собирался совершить с ней половой акт, сама девочка рассказала, что он «сосал и лизал» ее половые органы. В 1995 г. у них родилась дочь, после чего поведение сына ухудшилось. В 7 лет он подходил к новорожденной сестре, обнажал ее, разглядывал и трогал ее половые органы, «залезал туда» пальцами. В связи с этим «надолго» старались детей наедине не оставлять. Играя в куклы после рождения сестры, когда ему было 7—7,5 лет, ножом либо ножницами вырезал куклам уши, дыры спереди и сзади на месте половых органов, затем прятал испорченные игрушки, поведение свое не объяснял. В 10-летнем возрасте сын «постоянно» мочился в цветочный горшок, располагавшийся на окне, причем старался, чтобы его заметили соседи. Приблизительно в 10,5 лет также мочился в ножки кровати, пересыпал собственное постельное белье сахарным песком, а затем мочился на все это. Кроме того, мать утверждала, что сын «любит» мочиться при большом скоплении людей; так, если это происходит на улице, то выбирает наиболее людные места и старается не отвернуться, а, наоборот, повернуться половыми органами к прохожим. Утверждала, что до самого определения в интернат сын занимался онанизмом, у него отмечались ночной энурез, сноговорение и «сосательные движения» во сне. После того как его определили в интернат, и некоторое время он уже не проживал в семье, дочь рассказала, что, когда ей было 4 года (в 1999 г.), брат «вставлял» ей в рот половой член, заставлял «вылизывать ему попу». Ссылаясь на врача, санитарок психиатрических отделений, с уверенностью сообщала, что во время пребывания в больницах сын «смешил» детей, демонстрируя свои половые органы, по-прежнему занимался онанизмом. Не скрывала, что в 1999 г. «в порыве гнева» рассказала сыну, что он «приемный», до настоящего времени он не может в это поверить, постоянно спрашивает, почему тогда он так на нее похож? Высказывала обеспокоенность тем, что после этого сын во время пребывания в больнице говорил врачам, что ненавидит сестру. Сообщала, что там же он якобы рассказал, что, когда сестре было чуть больше года, пытался выколоть ей глаз ножницами, утверждала, что у дочери действительно было «что-то с глазом», но врачи не сказали, в чем была причина травмы. В 2000 г. обратила внимание на то, что во время «течки» он гладил собаку ногой по половым органам, на вопрос, что делает, отвечал — «ничего», не прекращая своих действий. На все попытки «разобраться с ребенком» сын отрицает все свои действия, может «сутками» стоять в углу, а когда злится — «бьется лбом» об стену, при этом говорит, что хочет сделать себе больно. Также мать упоминала, что испытуемый меньше всех в классе по росту, даже девочек.

Сам испытуемый при обследовании 18.01.2001 г. в начале беседы вел себя свободно, с готовностью отвечал на вопросы, оживленно жестикулировал, иногда, адекватно обсуждаемой теме, улыбался, смеялся. Охотно рассказывал об интернате, своих друзьях и интересах. Полагал, что его осматривают для того, чтобы вылечить «от психики», считал, что ему необходимо «перестать беситься», что заключается в том, что иногда он «дурачится» с ребятами в интернате: кидается стульями, бьет

стекла. Отца характеризовал добрым, который если и «бывает злым», ругает только справедливо, «за дело»; мать также «бывает злая и добрая», однако отношения с обоими характеризовал как «хорошие», говорил, что очень любит родителей. Рассказывал, что помнит себя приблизительно с 5 лет, считал, что тогда «был лучше», так как не курил и не воровал, с 6 лет начал «красть», чаще деньги, иногда часы и др. вещи, что объяснял желанием купить себе сладости. Утверждал, что около 4—5 лет уже «не ворует», «отучился», так как за это всегда сильно ругали. Пояснял, что поначалу нравилось заниматься в школе, успевал на «4» и «5», не может объяснить, почему с 1999 г. стало тяжелее учиться. Во 2—3 классах убегал из дома к друзьям «поиграть в Денди», кататься на велосипеде, за что его сильно ругали родители. С 6-го класса поступил в интернат, где стало тяжело сидеть на уроках; иногда встает и ходит по классу, из-за чего ругают учителя, с этого же времени ежедневно курит. С того же возраста неоднократно «пробовал» пиво, самогон, от чего быстро пьянел, сразу «скосились глаза»; хитро улыбаясь, рассказывает, что мать покупала ему безалкогольное пиво, вкус которого очень нравился. Сообщает, что однажды дышал бензином, отчего кружилась голова, видел «разные глюки», что не понравилось. Предполагал, что из-за такого поведения его и госпитализировали в психиатрические больницы, в которых чувствовал себя «не очень хорошо», так как там в основном находились «совсем больные детки», которых было жалко. Отмечал, что после лечения на какое-то время становился «спокойнее», стал лучше разговаривать, так как ранее «очень быстро бормотал», и друзья не понимали, о чем он говорил, что получалось «само собой».

Рассказывал, что с детства больше дружит с мальчиками, с ними «как-то веселее», играл в подвижные игры, катался с горок, в то время как с девочками «не так уж хорошо», так как «чуть что — они задираются». Сообщал, что о взаимоотношениях между мужчинами и женщинами узнал еще до школы от друзей, однако пояснить, что конкретно, не мог, в наивных детских выражениях передавал основную суть половых отношений, при этом не мог пояснить для чего они нужны, не знал, как это связано с «беременностью» и рождением детей. Хихикая, объяснял, что «секс — это когда целуются».

Категорически отрицал мастурбацию, уверял, что в интернате «таких дураков нет», хотя в больнице видел, как мальчики онанируют, называл их «больными». Вопросу об эротических фантазиях удивлялся, поначалу не понимал его смысла, переспрашивал и пояснял, что никогда не представлял себе поцелуи, ласки с девочками, желания такого не возникало, не понимал «зачем это надо». Рассказывал, что приблизительно с 6-го класса стал «придираться» к девчонкам, дергать их «за косы» и т.п., объясняя тем, что они «вредные». С 12 лет любил ходить на дискотеки, где очень нравилось танцевать, слушать музыку. Высказывал убеждение, что настоящий мужчина должен защищать слабых, быть спортсменом, «не пить, не курить», заявлял, что хочет быть именно таким, однако «не может бросить курить». В будущем мечтал стать бизнесменом и водить собственную машину или мотоцикл. Затруднялся ответить, какой должна быть женщина; полагал, что люди женятся, чтобы «не скучно было», других причин привести не мог.

При затрагивании вопросов, касающихся его сексуального развития, взаимоотношений с сестрой, становился напряженным, опускал взгляд, на глазах появлялись слезы, замолкал. О том, что делал в отношении своей малолетней сестры, говорить не желал, в ответ на вопрос об этом кивал головой, со слезами на глазах пояснял, что не хочет об этом вспоминать, не понимает до настоящего времени, зачем так поступил, детали произошедшего не сообщал. С горечью, понизив голос, предполагал, что из-за этого оказался в больницах и интернате, жалел об этом, поскольку дома жить было лучше. При повторных попытках выяснить подробности его взаимоотношений с сестрой, девочками замыкался, опускал голову, на вопросы не отвечал, начинал теребить одежду, накручивать на пальцы волосы.

При обследовании 1.02.2001 г. испытуемый свободно сидел на стуле, расставив ноги, периодически начинал «болтать» ими. Охотно вступал в беседу, увлеченно рассказывал о своих друзьях и занятиях в интернате, о том как провел 2 нед, прошедшие после предыдущей беседы. На неприятные для него вопросы, как правило, касающиеся его поведения и сексуальной сферы, отвечал после некоторых пауз.

застенчиво опустив взгляд, «перебирал» пальцами. Говорил быстро, речь была немного «смазанная», при разговоре как бы «глотал» начало и окончание некоторых слов. Мимика и жесты были живыми, адекватными обсуждаемым темам. Рассказывал, что «совсем маленьким», лет в 5—6, играл в куклы, причем больше любил ломать, чем играть, что заключалось в отрывании куклам головы, ног, рук, кроме того, всегда вынимал «пищалку», располагавшуюся в спине у кукол. На вопрос зачем вырезал куклам уши и др. — удивлялся, говорил, что такого совершенно не помнит. Утверждал, что никогда не портил другие игрушки и всегда плакал, когда при нем кто-то ломал какую-либо из них, а затем, повзрослев, стал играть в машинки и другие мальчишеские игры.

Сообщал, что с детского возраста, около раза в неделю у него возникают эрекции, чаще утром, либо при раздражении бельем, либо при сильном кашле, отмечал, что не испытывает при этом никаких ощущений, руками половые органы не трогает; проходит это само собой, так же как и появляется. Настойчиво повторял, что никогда не занимался онанизмом, хотя видел как это делают ребята в больнице. Также отрицал какие-либо выделения из полового члена, при этом вспоминал, что до 7-летнего возраста родители неоднократно промывали ему половые органы «валерианкой», так как «от чего-то» болел половой член. Застенчиво и неохотно сообщал, что в возрасте 5 лет укладывал на пол девочек, целовал и обнимал их, для чего — не знает, что при этом чувствовал — не помнит. Повзрослев, к девочкам больше «не приставал», так как они стали «все грубые», многие с 4-го класса курят. Кроме того, девочки часто нецензурно обзывают и обижают его, так как он «самый маленький», тогда гоняется за ними, дерется; сам очень переживает из-за своего роста. С озорной улыбкой рассказывал, как во время пребывания в больнице «для смеха» разделся и демонстрировал мальчикам в палате свои половые органы, при этом «всем было очень весело», утверждал, что до этого видел как другие ребята этим занимались, захотелось тоже «попробовать». Уверял, что это было только однажды, так как затем его вызвал врач и пригрозил, что в следующий раз ему за это «назначат уколы».

Рассказывал, что любит смотреть «ужастики», боевики, при этом понимает, что все чудовища в фильмах — компьютерная графика, «вымысел и фантастика», за исключением вампиров, которых считал реальными персонажами: «не может же мир существовать без вампиров». Со смехом заявлял, что фильмы «про любовь» его не интересуют, так как они «скучные». С улыбкой и нежностью отзывался о сестре, вспоминал, что когда жил дома, она всегда делилась с ним печеньем, следила, чтобы ему «тоже досталось чего-нибудь вкусненького». Отмечал, что ему было забавно смотреть на то, что она предпочитала играть в машинки, пистолеты, любила футбол и хоккей, в то время как он играл в куклы. С грустью рассказывал, что в детстве нечаянно выстрелил сестре в глаз из игрушечного ружья, когда та незаметно подошла и стала смотреть внутрь ствола. Рассказывал, что до последнего времени с удовольствием общается с ней по телефону, хотел бы приехать домой и увидеть ее. После убедительных просьб и обещания больше не возвращаться к этой теме, опустив взгляд и тяжело вздыхая, рассказал, что когда ему было около 11 лет, а сестре приблизительно 4—5 лет, то действительно раздел и «трогал» ее половые органы, пытался вводить ей в рот половой член, заставлял его «лизать»; свои действия объяснить не мог, детали не сообщал, на вопросы отвечал односложно, порой только утвердительно «кивая головой», переживаний не раскрывал. В последующем рассказал, что приблизительно в 5-м классе злился на сестру, так как родители стали уделять ей больше внимания, а его из-за нее били и ругали. Сообщал, что одинаково любит обоих родителей, до последнего времени не верил матери, что он «приемный сын», но когда 2 нед назад та показала ему документ об усыновлении, «пришлось поверить». С грустью в голосе отмечал, что его расстраивает этот факт, так как хочет жить дома, а днем ходить в интернат, к которому «уже привык».

При объективном обследовании наружные половые органы развиты правильно, оволосение лобка и в подмышечных впадинах отсутствует.

Заключение:

1) Т. обнаруживает признаки дисгармоничного сексуального развития с сочетанием признаков задержки соматического и преждевременного психосексуального

развития, что проявляется элементарными сексуальными реакциями в виде частых спонтанных эрекций, ранней сексуализации игрового поведения, манипуляций (ощупывание и разглядывание) с половыми органами других детей, сексуальных действий предположительно имитационной природы (стремление обнимать, целовать, орально- и анально-генитальные контакты), в том числе параинцестного характера. Имеющиеся описания поведения Т. при некоторой их противоречивости (в силу отнесения ряда сексологических феноменов к различным возрастным периодам) и в ряде случаев невысокой достоверности (например, упоминания о семяизвержениях, маловероятных в указываемые возрастные сроки при объективно определяемом уровне соматосексуального развития) соответствуют клинической картине ранней фрустрационной псевдомастурбации, вуайеристским и эксгибиционистским проявлениям и т.д., в целом согласующейся с основным заключением.

Дать категоричный ответ о прогнозе указанных особенностей сексуального развития Т. не представляется возможным в связи с вероятностью как транзиторного характера подобных проявлений, включающих в том числе условно-нормативные для данного этапа сексуального развития реакции, так и последующей их трансформации, направление которой также неоднозначно;

2) категорично утверждать об угрозе поведения Т. и выявленных у него особенностей сексуального развития для его малолетней сестры не представляется возможным, поскольку в основе указанных проявлений не лежат соответствующие устойчивые сексуальные побуждения.

14.2.2. Экспертизы при рассмотрении дел, связанных с оказанием психиатрической помощи

Правовые основания данной категории СПЭ вытекают из Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который создает условия для обжалования действий врача-психиатра в судебном порядке и, как следствие, — назначения судом судебно-психиатрической экспертизы для решения вопроса об их обоснованности. Выделяется несколько основных видов подобных экспертных ситуаций [Дмитриева Т.Б. и др., 1993], среди которых недобровольное психиатрическое *освидетельствование*, недобровольная *госпитализация*, ее продление и отказ в выписке, диспансерное *наблюдение* и *согласие* на лечение.

Все эти ситуации не исключают из числа «опасных» психосексуальные расстройства, прежде всего аномальное сексуальное поведение, оценка которых может проводиться также с привлечением сексолога. В этом ряду особую экспертную ситуацию может представлять признание лица негодным к выполнению отдельных видов *трудовой деятельности* и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. В основном подразумеваются СПЭ по определению психического состояния лица в связи с трудовым спором с администрацией учреждений или психиатрическим заведением, когда истец просит признать его увольнение с работы в связи с установленным ему диагнозом психического заболевания незаконным. Среди психосексуальных расстройств в этих ситуациях юридическое значение могут приобретать те нарушения сексуальных ориентаций (педофильные, к примеру), которые делают недопустимой трудовую деятельность, облегчающую реализацию девиантных побуждений.

В данном контексте существует определенная преемственность между уголовным правом и гражданскими нормами. Так, УК РФ в ряду наказаний выделяет «лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью» (статья 44). Посвященная этому виду наказаний статья 47 УК РФ подразумевает возможность запрета заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до пяти лет в качестве

основного и на срок от шести месяцев до трех лет — в качестве дополнительного вида наказания. При этом указано, что данная санкция может налагаться в качестве дополнительного вида наказания даже тогда, когда она не предусмотрена соответствующей статьей Особенной части Кодекса «за соответствующее преступление, если с учетом характера и степени общественной опасности совершенного преступления и личности виновного суд признает невозможным сохранение за ним права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью». В этих случаях на основании обвинительного приговора в трудовую книжку осужденного вносится запись о том, на каком основании и на какой срок он лишается определенной должности, а в приговоре указывается, какие должности, например, связанные с воспитанием детей, он не имеет права занимать.

В последующем вступают в силу инструктивные нормы, заложенные в Приказе № 116 Минздрава РФ от 31 мая 1993 г., содержащего «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности...» Здесь в числе противопоказаний для работы в учебно-воспитательных, детских и подростковых оздоровительных, детских дошкольных учреждениях, домах ребенка, детских домах, школах-интернатах приводятся в качестве общих психиатрических «хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», а также рассматриваемые индивидуально «выраженные формы пограничных психических расстройств», среди которых особое место могут занимать педофильные нарушения сексуальных предпочтений. Точно так же существует утвержденный постановлением Правительства РФ от 1.05.1996 г. № 542 перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью.

14.2.3. Экспертиза в связи с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан

Гражданско-правовые нормы о возмещении вреда, причиненного здоровью граждан (глава 40 ГК), распространяются и на отношения в области здравоохранения. Одним из важнейших правовых актов в этой сфере являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993). Согласно статье 444 ГК, вред, причиненный личности (или имуществу) гражданина (или организации), подлежит возмещению в полном объеме лицом (в том числе учреждением, организацией), причинившим вред, если это лицо (учреждение) не докажет, что вред возник не по его вине. Организация обязана возместить вред, причиненный по вине ее работников при исполнении ими своих трудовых (служебных, должностных) обязанностей. В соответствии со статьей 130 Основ Гражданского Законодательства Союза СССР и республик (1991) вред, причиненный жизни или здоровью гражданина при исполнении договорных обязательств, возмещается по правилам главы «Обязательства, возникающие вследствие причинения вреда и неосновательного обогащения», если законодательными актами не предусмотрена повышенная ответственность. Такая имущественная ответственность, как подчеркивает М.Н. Малеина (1995), наступает при следующих условиях: противоправность действий (бездействия) медицинского учреждения (его персонала); причинение пациенту вреда; причинная связь между противоправным деянием и возникшим вредом; вина медицинского учреждения. При этом действие приобретает противоправный характер и при ненадлежащем исполнении обязанностей. Под вредом

в гражданском праве понимается умаление, уничтожение какого-либо блага, наличие неблагоприятных последствий. Таким образом, если медицинское учреждение причинило вред здоровью пациента, то ответственность перед ним наступает в форме денежной компенсации. В этих случаях при стойкой утрате трудоспособности потерпевший должен быть направлен на экспертизу, которая определит процент утраты профессиональной трудоспособности.

Могут наблюдаться и другие ситуации, когда нарушение некоторых обязанностей медицинских учреждений не сопровождается наступлением имущественного вреда, но существенно нарушает интересы гражданина (разглашение врачебной тайны, оставление рубцов, ожогов на теле из-за применения нещадящего метода врачевания и т.д.). По Российскому законодательству моральный (неимущественный) вред, причиненный гражданину неправомерными действиями, возмещается причинителем при наличии его вины. При этом объективным условием наступления ответственности медицинского учреждения является наличие причинной связи между противоправным деянием медицинского учреждения и наступившим вредом. Поэтому по делам о повреждении здоровья важным доказательством является заключение соответствующей экспертизы о причинах и характере повреждений потерпевшего. Часто в этих случаях возможно констатировать только вероятность наличия или отсутствия причинной связи.

Лечебные учреждения, возместившие вред пациенту, имеют *право регресса* (обратного требования) своим виновным работникам, хотя если установить конкретных виновников не удается, то право регресса отпадает.

При данном виде экспертиз специфической для юридической ответственности медицинских учреждений и их работников является проблема *врачебной ошибки*. М.Н. Малеина (1995) считает, что с юридической точки зрения среди ошибок необходимо различать противоправные виновные деяния медицинских работников (учреждения) и случаи причинения вреда пациенту при отсутствии вины. Выделяются субъективные и объективные причины врачебных ошибок в процессе врачевания. С точки зрения *субъективных причин* наказуемые врачебные ошибки совершаются вследствие неосторожности или недостаточности опыта и знаний врача. К врачебным ошибкам, не влекущим юридическую ответственность с учетом *объективных причин* относят действия медицинских работников (учреждений), не нарушающие правила, установленные законом и подзаконными актами, но повлекшие повреждение здоровья или смерть (например, атипичное развитие болезни, аномальные анатомические особенности и т.д.).

В этой связи особое значение приобретает *страхование ответственности* — проблема, не нашедшая в России адекватного решения до сих пор.

Приведем пример судебного комплексного нарколого-сексолого-психиатрического освидетельствования, иллюстрирующего описанную экспертную ситуацию.

Испытуемый П., 1963 г.р., являющийся истцом к Центру сексуального здоровья по гражданскому делу о возмещении ущерба. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: 1. Страдает ли П. в настоящее время каким-либо психическим заболеванием? Если да, то с какого времени? 2. Могло ли быть применено к П. противоалкогольное лечение, в том числе по методу А.Р. Довженко, с учетом его состояния здоровья? 3. Обязаны ли были в ЦСЗ поставить П. в известность о возможных последствиях такого лечения? 4. Могла ли наступить утрата половой функции у П. после проведения противоалкогольного лечения? Имеется ли причинно-следственная связь между проведением лечения П. и нарушением у него половой

16 – 3935

функции? 5. Какова примерная длительность и объем лечения по восстановлению половой функции П.?

Из материалов гражданского дела, медицинской документации и со слов испытуемого известно следующее. Отец страдал туберкулезом легких. В 6 лет травма головы с потерей сознания. В школе до 5-го класса учился удовлетворительно. Со слов испытуемого, с 12—13 лет изменился по характеру, стал несдержанным, вступал в драки, не терпел возражений в свой адрес, начал курить, пропускал занятия в школе. Дублировал 5-й и 6-й классы. Согласно амбулаторной карте, в возрасте 15 лет в драке получил повторную черепно-мозговую травму с потерей сознания. После окончания школы часто алкоголизировался. Со слов испытуемого известно, что в возрасте 17,5 лет в состоянии алкогольного опьянения совершил хулиганские действия, был осужден на 3 года лишения свободы. В период отбывания наказания был повторно осужден за хулиганские действия. В 1979 г. у него в местах лишения свободы был выявлен туберкулез легких, в этом же году испытуемый был освобожден. В 1980 г. он был вновь осужден на 5 лет лишения свободы. Со слов испытуемого, в 1987 г. он женился на женщине на 8 лет старше его. С 1987 г. испытуемый состоит на учете в противотуберкулезном диспансере, с этого же года является инвалидом 2-й группы с диагнозом: диссеминированный туберкулез легких ВК(+). В дальнейшем получал лечение по поводу туберкулеза легких в амбулаторных условиях (тубазид, рифазин, метазид). С июня 1992 г. у него появилась головная боль сжимающего характера в левой височной области, осенью 1992 г. была «потеря сознания». Согласно записям в амбулаторной карте, 19.11.92 г. он обращался за медицинской помощью с жалобами на боли сжимающего характера в левой височной области в виде приступов длительностью до 30—40 мин. Однако при осмотре невропатолога патологических изменений не отмечено. Согласно амбулаторной карте, 25.11.92 г. испытуемый отметил у себя появление «не совсем внятной речи». Согласно выписке из журнала скорой и неотложной помощи городской больницы, 25.11.92 г. был осмотрен дежурным врачом — установлен диагноз: эписиндром. Как следует из амбулаторной карты, на боковой краниограмме черепа от 25.11.92 г. — уплотнение внутренней костной пластинки в лобной области, уплотнение венечного шва; турецкое седло не увеличено, его стенка остеопорозная. 26.11.92 г. невропатологом установлен диагноз: последствия перенесенных черепно-мозговых травм с эписиндромом. ЭЭГ-исследование от 26.11.92 г. — в норме. Согласно амбулаторной карте, 27.11.92 г. испытуемый был консультирован нейрохирургом, который предположил, что «на фоне туберкулеза легких развился кистозно-слипчивый арахноидит с умеренной корковой атрофией». С 3.12.92 г. находился на стационарном лечении в неврологическом отделении с диагнозом: последствия черепно-мозговой травмы, гипертензионный синдром, эписиндром, инфильтративный туберкулез в фазе распада ВК(+). При неврологическом обследовании было установлено, что правый зрачок меньше левого, установочный нистагм, сухожильные рефлексы верхних конечностей справа выражены больше, чем слева, нижних — слева выражены больше, чем справа. 4.12.92 г. выписан в связи с необходимостью лечения и наблюдения у фтизиатра. 7.09.93 г. обращался за медицинской помощью. Был установлен диагноз: состояние после эпилептического припадка. Согласно амбулаторной карте, он регулярно посещал противотуберкулезный диспансер, осенью 1993 г. проходил противотуберкулезное лечение. С февраля 1994 г. отмечено ухудшение течения туберкулеза легких. Согласно амбулаторной карте, 15.07.94 г. испытуемый на приеме жаловался на головную боль и приступы судорог. В судебном заседании утверждал, что употреблял алкоголь 4—5 раз в месяц, «запои бывали» 1—2 раза в месяц по 2 дня. Как следует из показаний испытуемого в судебном заседании, во время приема лекарственных препаратов сексуальных расстройств у него не было. Согласно материалам гражданского дела, 21.01.95 г. по настоянию родственников испытуемый обратился в Центр сексуального здоровья для прохождения антиалкогольного лечения. Испытуемый в судебном заседании утверждал, что про лицензию у врачей Центра не спрашивал, а на собеседовании говорил о своих болезнях, но его слова никто не записывал; вопрос о нарушениях в интимной сфере не ставился. Из показаний врача, проводившего лечение, следует, что перед процедурой кодирования группе больных из 5 человек были прочитаны две лекции с перерывом

10 мин, затем проведен сеанс гипнотерапии в течение 30 мин. Все пациенты были расположены в одной комнате в креслах, не мешая друг другу. У испытуемого во время сеанса были неприятные ощущения. Сеанс был проведен без перерыва с паузами для смены интонации. Как следует из представленного врачом текста гипнотического сеанса, во время гипноза врач говорил, что «минимальная доза алкоголя, попавшая в организм, неизменно сорвет код и может привести к серьезным нарушениям в организме», в том числе и в мочеполовой системе. В судебном заседании врач сказал, что говорил о том, что алкоголь ведет к импотенции. После окончания сеанса проводилась процедура закрепления кода внушения, для чего испытуемый был вызван в кабинет врача. При закрытых глазах врач осуществлял ему давление на определенные точки и произносил словесную формулу: «Внимание, ввожу противоалкогольный код. Я снимаю тягу ко всем спиртным напиткам, не ваша, а моя воля избавляет от недуга». При этом врач указывал срок, на который он производил кодирование, затем запрокидывал голову пациента назад, просил открыть рот и орошал ротовую полость раствором лидокаина. Со слов испытуемого, врач ударил ему резко в голову, закинул ее назад и влил в рот «горькую воду». Утверждал, что ему были выписаны таблетки, которые он должен был принимать в течение месяца. Вечером после кодирования испытуемый почувствовал недомогание — «сильно тянуло спать». Такое состояние продолжалось примерно 1 нед. Испытуемый также утверждал, что после противоалкогольного лечения у него участились припадки, «ухудшился туберкулез». Со слов испытуемого, он в течение 2 мес воздерживался от употребления спиртных напитков, после чего вновь стал злоупотреблять алкоголем. 21.04.95 г. он обратился в Свердловский народный суд с иском к Центру сексуального здоровья о компенсации за нанесенный ему имущественный вред в размере 2 млн рублей и моральный вред в размере 20 млн рублей. С 13.02.95 г. по 18.05.95 г. испытуемый находился на обследовании и лечении по поводу туберкулеза с диагнозом: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого ВК(-). Был осмотрен невропатологом, установлен диагноз: эпилепсия с редкими генерализованными судорожными припадками. Были рекомендованы постоянный прием противосудорожных препаратов, курсы дегидратирующей терапии, витаминотерапия. Определением суда от 21.04.95 г. назначена судебно-медицинская экспертиза. В заключении комиссии отмечено, что врач, проводивший кодирование, должен был отказать испытуемому в проведении лечения ввиду наличия у него эпилепсии и открытой формы туберкулеза.

В судебном заседании испытуемый утверждал, что когда начинал волноваться, возникали приступы эпилепсии. Согласно ответу областного совета Всероссийского общества трезвости и здоровья от 16.11.95 г. на запрос испытуемого, противопоказаниями для кодирования по методу Довженко являются глухота, расстройства психики и приступы эпилепсии. Все эти симптомы выявляются до начала сеанса кодирования врачом. Комиссия отметила, что эпилепсия является противопоказанием для любого вида психотерапевтического воздействия, и рекомендовала обратиться в областную психиатрическую ассоциацию. Определением суда от 25.01.96 г. была назначена экспертиза, проведение которой поручили психиатрической ассоциации. Согласно заключению экспертизы от 16.03.96 г., комиссия пришла к заключению, что врач П. не имел права проводить противоалкогольное лечение по методу Довженко. Последний мог быть применен при противоалкогольном лечении испытуемого. Эксперты, сославшись на Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», отметили, что врач должен получить письменное согласие пациента на лечение, предоставить пациенту информацию о характере психического расстройства, методах лечения, побочных эффектах и ожидаемых результатах, сделать запись в медицинской документации. Комиссия пришла к выводу, что вопрос о причинно-следственной связи между проведенным лечением и развившимся у испытуемого расстройством половой функции может быть решен после изучения метода лечения и суггестивных текстов, применяемых врачом. Как следует из материалов гражданского дела, из наркологического центра был получен ответ от 3.06.96 г., что эпилепсия является противопоказанием для применения кодирования, но иногда, в виде исключения, кодирование допустимо. Вопрос о возможности кодирования решается на индивидуальной консультации с

врачом перед лечебным сеансом. Определением суда от 5.06.96 г. испытуемому была назначена экспертиза в этом наркологическом центре. Согласно разъяснению, полученному из Центра, эпилептиформный синдром является противопоказанием к лечению хронического алкоголизма по методу Довженко. Согласно заявлению испытуемого от 20.11.96 г., экспертиза в Центре была проведена «некачественно», испытуемый просил назначить экспертизу в ГНЦ им. Сербского. При обследовании установлено следующее. ***Соматическое состояние***. Кожные покровы влажные, сухой кашель, в легких дыхание жесткое, хрипы не прослушиваются; тоны сердца ясные, ритмичные; ЧСС 84 удара в минуту; АД 110/70 мм рт.ст.; живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Неврологическое состояние. Выявляются крупноразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, скрытая диссинергия взора (при закрывании глаз правое глазное яблоко отходит к наружному углу глаза, левое — к внутреннему углу глаза), легкая девиация языка влево, гиперрефлексия верхних и нижних конечностей, более выраженная на нижних с расширением рефлексогенных зон, анизорефлексия. Слева рефлексы более выраженные, чем справа. Имеется легкая гипостезия по типу «перчаток» на руках. Отмечаются выраженный гипергидроз стоп и кистей, мраморность кожных покровов. На ЭЭГ — невыраженные изменения по органическому типу с акцентом в теменно-височных областях, признаки снижения порога судорожной готовности, «заинтересованности» срединных структур.

Заключение невропатолога: судорожный синдром на фоне органического поражения ЦНС смешанного генеза (травматического, интоксикационного), нейроциркуляторная дистония смешанного типа.

Сексологическое состояние. На судебном заседании врач-сексолог утверждал, что испытуемый ему рассказывал, будто у него были связи с различными женщинами, даже групповые, «доводил женщин до состояния удовлетворения в извращенной форме». Из протокола судебного заседания: «Жена не стала подпускать к себе месяца 3. Эрекции полностью нет, но желание есть, не знаю, происходило семяизвержение или нет. Возбуждения полностью нет. Эрекции в сонном состоянии нет, до лечения в неделю 5 раз вступал в половую связь. Детей нет, потому что жена по женской болезни не может иметь детей. В половые связи с другими женщинами в извращенной форме не вступал». Согласно заключению амбулаторной экспертизы от 22.05.95 г., при осмотре врачом-андрологом выявлено: яички размером 5×3×2 см, канатики и придатки без особенностей, предстательная железа не увеличена, при массаже эрекции не наступало. Комиссия пришла к заключению, что у испытуемого имеется функциональное нарушение половой функции в виде отсутствия эрекции психогенного характера. Установить прямую причинно-следственную связь между кодированием П. и развитием нарушения половой функции не представляется возможным. Согласно ответу на запрос из областного диспансера «Фтизиопульмонология» от 23.11.95 г., тяжелые распространенные деструктивные формы туберкулеза могут сопровождаться некоторое время снижением половой функции. Однако в отечественной и зарубежной литературе есть противоположная точка зрения о повышении половой активности у больных активным туберкулезом. В перечне побочных действий противотуберкулезных препаратов указаний на снижение под их влиянием половой функции вплоть до импотенции нет. Противоалкогольное лечение при туберкулезе возможно. Учитывая кратковременное прерывистое лечение противотуберкулезными препаратами в течение всего периода наблюдения с 1979 г. по настоящее время с длительными, по 2—5 лет, перерывами, говорить о какомлибо токсическом влиянии препаратов на организм испытуемого неправомерно.

Из анамнеза: девочки стали нравиться с 13 лет, провожал до дома, сделал наколку, но не решался целоваться. Эротические фантазии с 12—13 лет, при мастурбации, вспоминал порнографические карты. Сны с этого же возраста, снились половые акты с женщинами старше по возрасту. Мастурбация с 12—13 лет, ежедневно. Точно время первой эякуляции не помнит, до 17 лет при ночной поллюции. Максимальный эксцесс — 3. Первый половой акт в 17 лет с мамой друга, которой было около 50 лет, по ее инициативе, оценивает как успешный. В дальнейшем эпизодические связи с женщинами. Со слов испытуемого, в местах лишения свободы у него были гомосексуальные половые связи, в которых он выступал в качестве пассивно-

го партнера. В 1987 г. женился на женщине на 8 лет старше, частота половой жизни 3—4 раза в неделю. Имел двух любовниц, оправдывает себя тем, что жена «то была больна по-женски», то отказывала ему, никогда периода воздержания больше 5 дней не было. Групповой секс отрицает. Взаимоотношения в семье оценивает как нормальные до января 1995 г. После кодирования по совету врача воздерживался от половой жизни (на 2 нед), однако через 1,5 нед не мог удержаться от полового акта с женой. Жена отметила, что половой акт слишком короткий (быстро наступило семяизвержение), и высказала подозрение, что муж «чем-то заразился». Испытуемый проверился у врача-венеролога и только на 4—5-й раз обратил внимание на сокращение времени полового акта, после того как одна из любовниц не получила удовлетворения. Оценивает, что время полового акта сократилось «примерно до 1 мин», половое «желание» — 3—4 раза в неделю. С любовницами встречаться прекратил, с женой продолжал половую жизнь 3—4 раза в неделю. Эрекция сохранена, спонтанная по утрам. За последний месяц 10 половых актов с женой, с любовницами боится вступать в сексуальные отношения из-за краткости половых актов и после того, как, желая получить свидетельство того, что у него до кодирования была нормальная потенция, попросил одну из них, замужнюю женщину, выступить свидетелем на суде, после чего та заявила, что она «легче повесится».

Объективно: возраст появления оволосения лобка не помнит. Бреется с 17,5 лет. Оволосение лобка — тенденция к горизонтали. Отложение жира на животе. Половая система: половой член — длина 8 см, окружность 7,5 см; мошонка: тонус снижен, пигментация не выражена, складчатость слабо выражена. Яички: размеры — правое 4,5×3,5 см, левое 5×3,5 см, консистенция тугоэластическая, безболезненные. Придатки: размеры — правый 1,5 см, левый — 2 см, консистенция эластическая, безболезненные. Предстательная железа: форма обычная, размеры уменьшены, консистенция дряблая, в центре западение, болезненность умеренная. Половая конституция: 1—5, 2—6, 3—4, 4—2, 5—3; Кг = 4,25; Ка = 3, Кф = 4, Ка/Кг = 0,71; ТИ = 1,92; индекс Таннера = 72,5; РЕ = 96,33.

Диагноз: EPR1 (ejaculatio praecox relativa I ст.) у больного хроническим простатитом и дисгармонией пубертата в анамнезе.

Психическое состояние. Испытуемый выглядит неопрятно. Временами держится без чувства дистанции. Мимика бедная, речь смазанная, голос маломодулированный. В беседу вступает охотно, с охваченностью рассказывает о своих проблемах. Не всегда по существу отвечает на заданный вопрос, сообщает множество малозначимых деталей, иногда отклоняется от темы беседы. Словарный запас небольшой, употребляет жаргонные выражения. Анамнестические сведения сообщает временами непоследовательно. Не скрывает, что практически ежедневно злоупотреблял алкоголем, что иногда уезжал в город, где в течение 2—3 дней выпивал по 1—2 бутылки водки ежедневно. Заявляет, что после алкогольных эксцессов чувствовал себя хорошо. Старается представить себя с лучшей стороны. Утверждает, что оказывал материальную помощь своим родственникам; сам ведет хозяйство. Себя характеризует как человека раздражительного, вспыльчивого, но отходчивого. Отмечает у себя повышенную чувствительность к несправедливости. Считает, что сноха, которую он ненавидит, настроила против него всех родственников. Вспоминает, как однажды закрыл ее на 2 сут в погребе, «травил на нее собаку». Считает, что жена по совету врача, чтобы «улучшить потенцию», подкладывала ему в еду какие-то таблетки, кормила его кислой капустой. Утверждает, что уже целый год «не может сдерживать свои эмоции». При просмотре телепередач «сильно переживает», на глаза наворачиваются слезы. Утверждает, что жена рассказала своей подруге о его сексуальных проблемах. Когда узнал об этом, жестоко избил жену, сломал ей переносицу. Считает, что поступил правильно; не скрывает, что и раньше неоднократно избивал жену. Сообщает, что разозлился на врача после того, как тот назвал его импотентом, когда обратил внимание на сокращение времени полового акта, и упрекнула жена, после чего понял, что он действительно «импотент». Не знает точного значения слова «эрекция». Без смущения рассказывает об интимной стороне своей жизни. Говорит, что открыто изменял жене, приводит имена и фамилии женщин, с которыми состоял в сексуальных отношениях. Когда говорит про свои сексуальные проблемы, всхлипывает, на глазах появляются слезы. По поводу

настоящего гражданского дела сообщает, что делом занимается адвокат, а ему нужно, чтобы у него было все хорошо с женой. Говорит, что судебный процесс затеян для того, чтобы отомстить врачу, который назвал его «импотентом». Утверждает, что «врач опозорил честь белого халата», так как неправильно применял терапевтические методы. Собирается добиваться от фирмы компенсации и возмещения расходов, которые он понес в ходе гражданского дела. Появление эпилептических припадков связывает с нервным переживанием. Говорит, что после того как «пошикует», развиваются припадки, о которых знает со слов окружающих. Так, жена рассказывала, что во время припадка у него туловище начинает «скручивать по оси», после чего развиваются судороги. Демонстрирует прикушенный язык, сломанную верхнюю челюсть. Утверждает, что раньше ломал челюсть неоднократно во время припадка. Говорит, что после припадка «в голове туман», хочется спать. Тут же высказывает сомнение в наличии припадков, потому что сам об этом ничего не помнит. Мышление вязкое, обстоятельное, ригидное. Склонен к субъективному толкованию реальных событий. Интеллект невысокий, суждения примитивные. Память на прошлые и текущие события сохранена. Эмоционально неустойчив, слабодушен, эксплозивен. Критика к своему состоянию и сложившейся судебной ситуации в целом достаточная.

На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что у П. имеются признаки органического поражения головного мозга сложного генеза (травматического и интоксикационного) с судорожным синдромом. Заключение основывается на данных анамнеза о неоднократных черепно-мозговых травмах с потерей сознания, злоупотреблении на протяжении многих лет спиртными напитками с формированием хронического алкоголизма (патологическая толерантность, запои, абстинентный синдром) и личностных черт в виде эксплозивности, взрывчатости, появлении с 1992 г. на фоне рассеянной неврологической симптоматики церебрастенических расстройств (головные боли, истощаемость психических процессов), приступов потери сознания с судорожными проявлениями, сопровождающихся прикусыванием языка, сонливостью, ощущением «тумана в голове» в постприступный период, амнезией припадка с присоединением в течение последнего года эмоциональной лабильности, слабодушия. Данное заключение подтверждается и при обследовании, выявившем у испытуемого рассеянную неврологическую симптоматику, изменения на ЭЭГ по органическому типу с акцентом в теменно-височных областях, снижение порога судорожной готовности, признаки «заинтересованности» срединных структур, обстоятельность, ригидность мышления, невысокий интеллектуальный уровень, примитивность, некорригируемость суждений, нарушения эмоциональной сферы в виде слабодушия, раздражительности, эксплозивности, брутальности при сохранности основных интеллектуально-мнестических функций и критики к своему состоянию в сложившейся ситуации. К П., с учетом его состояния здоровья, могло быть применено противоалкогольное лечение, в том числе по методу Довженко. В Центре сексуального здоровья должны были поставить в известность П. о возможных последствиях противоалкогольного лечения. После проведения последнего у П. могла наступить утрата половой функции. Вследствие наличия у испытуемого на момент проведения кодирования признаков органического поражения головного мозга с эписиндромом (развернутыми судорожными припадками), туберкулеза легких, по поводу которого он получал лечение, а также, возможно, хронического простатита и психогенного влияния рекомендуемого врачом воздержания от половых контактов установить причинно-следственную связь между проведением противоалкогольного лечения и утратой половой функции не представляется возможным. Вопрос о длительности и объеме лечения по восстановлению половой функции у П. может быть решен в ходе лечения. Его длительность и эффективность определяются многими факторами, которые предварительно оценить не представляется возможным.

В сексологическом аспекте в вышеприведенном случае поднимаются несколько вопросов. Во-первых, квалификация сексологического расстройства как преждевременной эякуляции приводит к необходимости

дифференциального диагноза с мнимым сексуальным расстройством («псевдоимпотенцией»), на возможность которого указывают низкая осведомленность испытуемого в сексуальных вопросах, естественное укорочение времени полового акта после периода вынужденной (по совету врача) абстиненции, психогении в виде реакции жены на укорочение времени полового акта. Однако против такого предположения говорит наличие подобного нарушения и в сексуальных контактах вне брака. Во-вторых, наличие у испытуемого хронического простатита, а также туберкулеза легких и хронического алкоголизма крайне усложняет возможность оценки степени утраты половой функции и сроков ее восстановления. Следует также отметить, что критерии последних остаются совершенно не разработанными. Кроме того, необходимо подчеркнуть, что правильная диагностика сексологического расстройства как нарушения эякуляции (а не эрекции) позволяет сразу отвергнуть якобы ведущее патогенное воздействие психотерапии или поведения врача, а также роль принимаемых испытуемым противосудорожных и противотуберкулезных препаратов, хотя категорически исключить их негативное влияние на сексуальную сферу невозможно.

Глава 15

Неэкспертные виды сексолого-психиатрического исследования

Судебная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза является только одной из форм использования психиатрических (сексологических) познаний. Под понятием «форма использования специальных (в том числе психиатрических, сексологических) познаний» [Шишков С.Н., 1996] подразумевается способ их применения, выделяемый либо исходя из фактических особенностей их использования, либо на основании особенностей юридических (по порядку проведения, доказательственному значению и т.п.). Можно выделить несколько таких форм.

Участие психиатра (сексолога) в следственных действиях в качестве специалиста (статья 133-1 УПК). Оно возможно лишь в рамках конкретного следственного действия. При этом факт приглашения специалиста, характер и результаты его действия отражаются в протоколе, никаких письменных заключений специалист не составляет. Согласно действующему УПК, специалист может участвовать в следующих следственных действиях: осмотр места происшествия, местности, помещения, предметов и документов; наружный осмотр трупа; эксгумация трупа; выемка, обыск; выемка почтово-телеграфной корреспонденции; следственный эксперимент; получение образцов для сравнительного исследования.

Сексологи и психиатры могут быть привлечены в качестве специалистов, когда в процессе расследования появляется подозреваемый (обвиняемый) и проводятся следственные действия с его участием. Речь идет прежде всего о таких следственных действиях, как допрос подозреваемого (обвиняемого), осмотр места происшествия, следственный эксперимент.

Указанные специалисты должны помочь решить следующие задачи [Афанасьев С.А., Иванов В.И., Новик В.В., 1993]:

1) построить допрос с применением тактических приемов, способствующих установлению психологического контакта с допрашиваемым для получения от него признательных показаний;

2) уяснить и зафиксировать способ и механизм действий виновного, указывающих на их сексуальную мотивацию. Следователь, не обладая специальными познаниями в этих областях, не сможет достаточно глубоко выявить и отразить в материалах дела обстоятельства, связанные прежде всего с субъективной стороной преступления (умысел, мотив, цель), в основе которой лежит извращенная сексуальная потребность.

Целесообразно также с участием сексолога проводить допросы родителей, знакомых и особенно жены или сожительницы виновного. В процессе этих допросов необходимо исследовать интимную сторону жизни преступника, выяснить вопросы, связанные с аномалиями сексуального влечения, которые могут оказаться вне программы допроса следователя.

Присутствие таких специалистов при производстве допросов и других следственных действий может осуществляться и в рамках реализации прав эксперта. Согласно п. 3 статьи 82 УПК РСФСР, эксперт вправе задавать

допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. Все это может положительно сказаться на качестве экспертного заключения.

Определенную информацию о психическом состоянии испытуемого в ситуации правонарушения можно получить в ходе следственного эксперимента на месте происшествия. В некоторых случаях изменение невербального поведения (мимика, жесты, поза) и характера речи позволяют заподозрить нарушение сознания на момент преступления. Так, испытуемый М., совершивший ряд убийств, в том числе своего двоюродного брата, в ходе следственного эксперимента по воспроизведению ситуации последнего (столкнул жертву со второго этажа), попытался также столкнуть работника милиции, изображавшего покойного. При этом в протоколе были зафиксированы высказывания испытуемого, что он «может не удержаться», так как у него «появляется желание убить кого-нибудь». В то же время уже на основании изучения материалов дела психиатром можно было прогнозировать подобное поведение, а участие психиатра в следственном эксперименте позволило бы избегнуть вышеописанной ситуации. Иногда информативным для психиатра оказывается и видеозапись следственных экспериментов, зафиксировавшая изменение невербального поведения испытуемого.

Один из авторов книги был приглашен прокуратурой для помощи в составлении протокола просмотра видеозаписи, содержащей сцены половых контактов с детьми. Мотивировкой приглашения сексолога служило затруднение в описании разнообразных сексуальных актов. Из вопросов, которые интересовали следователя с юридической точки зрения, был такой: отмечалось ли введение полового члена в различные отверстия тела (влагалище, задний проход, рот). Понятно, что ответ на этот вопрос будет определять квалификацию деяния. Однако в этом случае эксперт-сексолог увидит на пленке то же самое, что и человек, не являющийся специалистом в области сексологии, поэтому особых познаний решение этого вопроса не требует. Точно также не входит в компетенцию сексолога и вопрос следователя о том, можно ли на основании поведения детей сделать вывод, добровольно или принудительно они осуществляли данные действия. Однако участие специалиста сексолога в составлении протокола было оправдано необходимостью точного, научно обоснованного описания видов сексуальных контактов.

При осуществлении указанных форм использования специальных познаний следует учитывать, что результаты деятельности специалиста, в отличие от эксперта, самостоятельного доказательного значения не имеют. Исследование как основная форма деятельности эксперта предполагает получение таких новых фактических данных, которые до этого не были известны и которые иным способом установить нельзя.

Допрос сведущих в психиатрии (сексологии) свидетелей. Сведущим именуется свидетель, который воспринимал значимые для дела факты вне производства по уголовному делу, используя при этом свои специальные познания. Допрос лечащего врача (психиатра, сексолога) оправдан при наличии двух условий: а) в медицинской документации имеются пробелы, неясности, противоречия и другие недостатки; б) эти недостатки устранимы путем допроса лечащего врача. По мнению авторов, такой допрос имеет смысл только с целью решения вопроса о необходимости проведения судебно-психиатрической (сексологической) экспертизы, если у следователя есть сомнения по поводу этого.

Третья форма использования сексолого-психиатрических познаний — ***консультативная***. С.Н. Шишков (1996) считает, что если психиатр (сексолог) может дать ответ на интересующие следователя вопросы, не проводя

исследования каких-то конкретных объектов (например, материалов дела), то такую деятельность можно назвать консультативной. При необходимости же исследования психиатром (сексологом) конкретных объектов должна назначаться судебно-психиатрическая экспертиза по правилам главы 16 УПК. Спорность этого утверждения определяется тем обстоятельством, что трудно представить себе ситуацию, когда источником информации для консультанта-психиатра или сексолога может являться только устное сообщение следователя, так как основной смысл консультации — оценка имеющейся информации, в том числе и, возможно, не имеющей значения для криминалиста.

Рекомендуемые юристами критерии различения консультации и экспертизы исходят из смысла статьи 127 УПК РСФСР, в соответствии с которой эксперт может быть вызван следователем, во-первых, для содействия в назначении экспертизы и, во-вторых, для производства экспертного исследования. В первом случае речь идет о консультации (т.е. о непроцессуальном, не влекущем правовых последствий для эксперта виде помощи следствию), не предусматривающей какой-либо обязательной письменной формы изложения своих выводов. Консультация содействует правильной подготовке предстоящей экспертизы путем: 1) указаний на вопросы, в решении которых могут помочь специальные познания, и на варианты их правильной формулировки; 2) предоставления информации о специалистах, обладающих необходимыми знаниями и навыками; 3) указаний на объем материалов, необходимых для решения поставленных вопросов экспертами. Таким образом, решаются вопросы принципиального и общего характера, не затрагивающие оценку психического состояния обвиняемого. Даже в ситуациях, когда специалист, знакомясь с материалами дела, приходит к выводу, что данных, могущих вызвать сомнение в психической или психосексуальной полноценности обвиняемого, в них не содержится, речь идет уже о самостоятельной судебной экспертизе. Подобный вывод требует изложения в письменном виде, т.е. акта экспертизы, проведение которой становится возможным после вынесения постановления следователем.

Поскольку деятельность «специалиста» регламентирована УПК, то при осуществлении консультативной деятельности, во избежание недоразумений, приходится пользоваться термином «сведущее в области психиатрии (сексологии) лицо».

Согласно п. 1 «Положения об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии» от 5.12.1985 г., на их членов возлагается обязанность при необходимости консультировать работников судебных и следственных органов по вопросам судебной психиатрии. Дача судебным психиатром (сексологом) консультации следователю не исключает возможности поручения этому психиатру производства экспертизы по тому же делу. Этим консультант отличается от специалиста.

Консультация психиатра (сексолога) возможна в двух случаях: а) когда КССПЭ еще не назначена (хотя будет в будущем), но уже на этом этапе имеется необходимость в разъяснении психиатрических (сексологических) вопросов; б) когда в производстве экспертизы нет надобности, а специальный психиатрический вопрос можно решить путем консультации.

Особой разновидностью консультативной деятельности может являться мнение сведущего в психиатрии (сексологии) лица при оценке заключения психиатров-экспертов, цель которого — сформировать обоснованные и справедливые замечания по тексту экспертного заключения. Особенно актуальным это представляется для решения вопроса о необходимости привлечения к экспертизе сексолога.

Другая задача справочно-консультационной деятельности сведущего лица заключается в информировании о возможности существования тех или иных явлений с точки зрения современного уровня развития сексологии. Подобная справка оформляется в письменной форме и приобщается к делу [Шишков С.Н., 1996].

В рамках данного вида деятельности иногда становится необходимой оценка имеющихся фактов предмета доказывания. Можно привести в качестве примера следующую справку сведущего лица в области сексологии, составленную в ответ на просьбу оценить достоверность описания сексуального поведения обвиняемого в момент инкриминируемого ему деяния, данного в показаниях потерпевшей.

Для анализа предоставлены: копии допроса **потерпевшей Г.**; протокола очной ставки потерпевшей и обвиняемого; протокола дополнительного допроса Г. Согласно показаниям Г., через 5—10 мин после прихода ее с подругой в клуб к их столику подошел обвиняемый, который представился владельцем клуба и, сказав ей, что она ему понравилась, приказал, чтобы она не смела ни с кем знакомиться. Последующее изложение событий содержит описание того, каким образом обвиняемый пресекал их попытки уйти из клуба, что продолжалось до 5 ч утра, когда он предложил вместе с ним посетить ресторан. Они были усажены в машину, на которой затем приехали в гостиницу. Здесь им снова предлагались наркотики и спиртное, после чего обвиняемый стал расстегивать на потерпевшей кофту, несмотря на ее сопротивление, повалил на кровать, раздел полностью и совершил насильственный половой акт. Потерпевшая указала, что половой акт был совершен сначала во влагалище, затем — в рот, а затем — в задний проход. При этом она плакала, умоляла его прекратить эти действия и отпустить их домой, испытывала боль. Она уточнила, что обвиняемый четырежды завершил половой акт: первый — во влагалище, второй — в задний проход, третий и четвертый — снова во влагалище. Она просила надеть презерватив и не завершать половой акт, однако он отвечал, что даже хорошо, если у них будет ребенок. Когда ее подруга попыталась открыть дверь, обвиняемый стал ей угрожать, снова пытался изнасиловать потерпевшую, насильно снял с нее джинсы, которые она успела надеть. После того как она заплакала и стала говорить, что ей больно, он стал приставать к ее подруге, предлагал лечь в постель всем вместе, а затем отвел ее в ванную комнату, где, как увидела потерпевшая, стал совершать с ней половой акт в рот. В ходе очной ставки потерпевшая подтверждала свои показания. Ею было уточнено время их прихода в клуб — 22.00. Она также утверждала, что в клубе обвиняемый со своими друзьями пили спиртные напитки и нюхали кокаин. Позднее, уже в номере гостиницы, обвиняемый с другом вновь нюхали кокаин и пили спиртное, что, как указывала потерпевшая, продолжалось долго. По ее словам, свои насильственные сексуальные действия обвиняемый стал совершать около 12.00. Она вновь указала, что обвиняемым были совершены четыре законченных половых акта — три во влагалище и один — в задний проход, а позднее она видела, как он насилует ее подругу в рот. Обвиняемый показания потерпевшей подтверждал частично, настаивая на добровольности участия потерпевшей в совместном времяпрепровождении. Он показал, что с 6.00 до 16.00 в гостинице они вместе выпивали коньяк, однако в сексуальные контакты не вступали. Он также добавлял, что по состоянию своего организма не способен к совершению полового акта. Протокол допроса потерпевшей от 17.11.97 г. существенных дополнений не содержит. Таким образом, представленные материалы содержат описание насильственного сексуального поведения, имеющего ряд особенностей, среди которых наиболее существенными являются следующие.

1. Описанное сексуальное поведение носит эксцессивный характер. Под ***сексуальным эксцессом*** (лат. excessus — выход, уклонение) подразумеваются повторные половые акты, совершаемые в пределах суток, при непременном условии, что каждый акт носит завершенный характер, т.е. заканчивается эякуляцией. Сама по себе эксцессивная сексуальная практика не является необычным феноменом, однако имеется ряд условий, способствующих либо препятствующих ее реализации.

Во-первых, это касается возрастных диапазонов, когда наиболее вероятно ее осуществление. Так, исследование возрастных параметров у здоровых мужчин свидетельствует, что подавляющее большинство сексуальных эксцессов приходится на переходный период формирования сексуальности, укладываясь в интервал между началом первых половых актов и завершением «медового месяца». Согласно среднестатистическим данным, первый в жизни половой эксцесс приходится на возраст 21,1 года, максимальный эксцесс — в 22,5 года. *Во-вторых*, в сексологии исчисляется количество повторных актов именно в течение суток, поскольку одним из отличий мужской сексуальности является наличие рефрактерной стадии копулятивного цикла. Суть ее — развитие после завершения полового акта состояния постэякуляторной абсолютной, а затем — относительной невозбудимости, когда возникновение новой эрекции невозможно в силу временно наступающей сексуальной анестезии кортикального генеза, сенсорной гиперпатии при касании основной эрогенной зоны, сонливости и т.д. Данное состояние рефрактерности определяется как индивидуально-конституциональными, так и чисто ситуационными моментами, и может достигать нескольких часов. *В-третьих*, необходимо учитывать, что существуют принципиальные ограничения максимально возможного количества подобных повторных актов. Диапазон вариаций при этом достаточно значителен и составляет от 2 до 9 половых актов. Однако упоминаемые при этом в сексологии значения чаще используются для характеристики так называемого *максимального эксцесса* в жизни индивида, который часто оказывается единственным опытом подобного рода. Данная характеристика учитывается при определении половой конституции пациента, поскольку эксцессивная сексуальная практика определяется прежде всего индивидуально-конституциональными особенностями. Средние же значения индекса половой конституции, соответствующие условной норме, определяют возможность максимального эксцесса в 4 половых акта, которые совершаются однажды и представляют собой наиболее богатый сексуальный опыт на протяжении всей жизни. Если принимать имеющиеся описания эксцессивного сексуального эпизода с проведением 4 завершенных половых актов и последующей пятой эрекцией как реальные, то следует предположить наличие у обвиняемого значительно более сильной половой конституции по сравнению с той, что подразумевается у мужчины с максимальным эксцессом в 4 половых акта. Подобные варианты достаточно редки в популяции. Так, согласно результатам обследования здоровых мужчин, испытывали 4 и более оргазма (т.е. совершали половые акты с семяизвержением) в ходе сексуального взаимодействия только 8 %. При этом выявлена четкая регрессия многократных эякуляций у мужчин после 20 лет.

2. Имеющееся описание содержит также указания на неординарный характер сексуальной активности обвиняемого, реализуемой в условиях длительной, предшествующей депривации сна. Согласно показаниям, встреча имела место в 22.00, а первые попытки сексуальных притязаний относятся к 12.00 часам следующих суток и продолжались затем на протяжении 4 ч. Таким образом, перед осуществлением сексуальной активности отмечалось как минимум 14-часовое бодрствование обвиняемого, падавшее к тому же на ночные часы. Одновременно необходимо учитывать и иной фактор, который не отрицают ни потерпевшая, ни обвиняемый, а именно употребление им на протяжении большей части этого промежутка времени алкогольных напитков (по показаниям потерпевшей — и наркотических веществ). Алкоголь является веществом, вызывающим угнетение общей активности ЦНС и половой функции. Действие его на сексуальную активность определяется двойственным эффектом, заключающимся в возможном усилении полового влечения, однако при снижении способности к выполнению полового акта. Эти затруднения связаны с влиянием на оба звена сексуальной потенции: с одной стороны, состояние алкогольного опьянения сопровождается снижением скорости набухания полового члена, т.е. снижается способность к эрекции; с другой стороны, чаще всего при этом замедляется эякуляция, вплоть до полной невозможности семяизвержения.

Таким образом, представленный анализ имеющихся материалов, несмотря на невозможность категоричной их оценки, позволяет выделить ряд обстоятельств (таких как редкость вариантов конституциональных типов, делающих возможным

описанную эксцессивную сексуальную активность, реализация ее в условиях сочетанного угнетающего воздействия депривационного состояния и алкоголя), которые позволяют оценить приведенное описание сексуального поведения как малодостоверное. Получение более определенного вывода возможно при проведении обвиняемому судебной сексологической экспертизы для оценки его конституциональных особенностей, исключения факторов органической природы как препятствующих (соматическое неблагополучие), так и облегчающих (синдром парацентральной дольки) осуществление сексуальной активности, подобной описанной.

Необходимо помнить, что и в случаях справочно-консультационной деятельности специалист должен придерживаться рамок собственной компетенции. Так, в приведенном случае следует учитывать, что оценка показаний в соответствии со статьей 71 УПК РСФСР является исключительной прерогативой судебно-следственных органов. Поэтому в данном случае специалист оценивает не достоверность собственно показаний, особенно в части деяния как такового, но лишь содержащегося в них описания достаточно специфических особенностей сексуального поведения, отражающих его психофизиологические закономерности, являющиеся предметом изучения сексологии.

Правдивость или ложность, достоверность или недостоверность показаний участвующих в уголовном процессе лиц устанавливается исключительно органом, ведущим производство по делу, на основании всех имеющихся доказательств в их совокупности. Психологическая наука не обладает достаточно надежными критериями для разграничения правдивости или ложности сообщаемыми людьми сведений [Сафуанов Ф., Шишков С., 1992].

Специфика сексуальных преступлений, особенно серийных, диктует необходимость активного привлечения к их расследованию психиатров и сексологов [Афанасьев С.А., Иванов В.И., Новик В.В., 1993] в процессе проведения первоначальных следственных и оперативно-розыскных мероприятий (осмотров места происшествия и трупа, судебно-медицинского исследования трупа, допроса свидетелей) и по их итогам. Задачами этого направления консультативной деятельности могут являться следующие:

1) систематизация сбора доказательств, относящихся к сексуальной мотивации действий виновного и данным его личности;

2) правильная оценка и интерпретация информации, относящейся к событию преступления, обусловленности выбора жертвы и определенного способа действий в отношении ее;

3) на основе анализа собранной информации помочь выбрать версии об отдельных данных личности виновного, относящихся к психиатрическим, сексологическим и иным аспектам;

4) обратить внимание на те признаки, которые могут быть положены в основу криминалистического анализа оперативной обстановки в регионе для выявления преступлений, совершенных одним и тем же лицом.

На начальном этапе расследования сексолог может не действовать в рамках какого-либо следственного действия, а помогать в поисковой работе. Здесь он может помочь следователю в решении ряда вопросов, требующих специальных познаний, например, верно интерпретировать сведения о характере и локализации телесных повреждений и иную информацию с учетом аномалий сексуальной сферы субъекта преступления.

В последнее время особые надежды возлагаются на так называемый *проспективный портрет* серийных сексуальных правонарушителей. А.С. Андреев, А.О. Бухановский (1994) предлагают другое наименование — «проспективный портрет неизвестного преступника». По мнению С.Н. Шишкова (1996), в этом определении не вполне удачно слово «пре-

ступник», так как разыскиваемый может оказаться невменяемым, в деяниях которого отсутствует состав преступления.

В качестве цели подобного исследования рассматривается заочная, ретроспективная реконструкция психологических, сексологических и психиатрических характеристик правонарушителя. При этом подразумевается, что использование специальных познаний позволит осуществить вполне правомерный и доступный в рамках профессиональной компетенции анализ материалов дела и выделить психолого-психиатрические и сексологические признаки, которые могли бы стать опорными при разработке тактики оперативно-розыскных действий (прежде всего связанных с вычленением из многообразного массива нераскрытых дел тех из них, которые соответствуют единому стереотипу), выстроить психиатрические диагностические гипотезы [Ковалев А.И., Бухановский А.О., 1994].

Необходимо также подчеркнуть, что такой «портрет» не должен фигурировать в процессуальном доказывании из опасения его использования в той или иной форме для доказательства виновности [Шишков С.Н., 1997], вследствие чего сама постановка вопроса об установлении возможности совершения лицом данного преступления (при работе с подозреваемым) представляется неправомерной.

История проспективного портрета началась в 1957 г., когда James Brussel впервые составил психологический портрет преступника, указав даже детали одежды. В 1984 г. в США был создан Национальный центр насильственных преступлений — National Center for the Analysis of Violent Crime (NCAVC). В рамках этого центра функционирует Violent Crime apprehension program computer (VICAP) — компьютерная база данных по штатам. В нее заносятся случаи исчезнувших или убитых детей, сексуальной эксплуатации несовершеннолетних, неопознанных трупов и серийных убийц. Каждый новый случай сравнивается с подобными по способу совершения и выдается 10 подобных дел. Результат такого синтеза предоставляется экспертам по психологии и судебной психиатрии.

В 1987 г. в Великобритании в рамках Комитета по преступности был создан подкомитет, который занялся проведением исследований в области составления психологических портретов преступников. Метод включает в себя:

1) реконструкцию последовательности действий жертвы и преступника;
2) выводы относительно личности и физического типа преступника;
3) выработку рекомендаций по расследованию преступления;
4) оказание психологической помощи при опросе подозреваемого лица.

Некоторые авторы отмечают, что результаты, получаемые с помощью данных систем, в их настоящем виде являются недостаточными для достоверного прогнозирования дальнейших действий подозреваемого [Лаговский А.Ю., Скрыпников А.И., Басенко М.С., 1997], однако, согласно официальным отчетам, эффективность (успешность) составления психологического портрета для оказания помощи в розыске преступника достигает 40—70 %.

В зависимости от характера информации и практической направленности задачи психологический портрет предполагаемого преступника может содержать следующие признаки: общую характеристику личности и преобладающую мотивацию преступлений; индивидуальные признаки личности (привычки, наклонности, навыки и пр.); возраст; район места жительства; район места работы, службы, учебы; частные характеристики места вероятного обитания; уровень образования и профессиональной квалификации; род занятий; происхождение (родительская семья), особеннос-

ти истории жизни; семейное положение; наличие детей; отношение к отдельным видам деятельности (службе в армии, спорту, медицине, работе с людьми и пр.); наличие прошлой судимости; существование психической, а также иной патологии; антропологические и динамические характеристики лица (тип внешности, телосложения, пантомимики и др.) [Лаговский А.Ю., Скрыпников А.И., Басенко М.С., 1997].

По мнению T. Toutin (2000), методология составления «проспективного портрета» включает 6 фаз или этапов:

1) изучение документов и фактических обстоятельств дела. Документы должны содержать фотографии мест преступления, мест обнаружения трупов, фотографии жертв, видеосъемки, план мест, фотографии с воздуха, описания в протоколах;

2) оценку способа совершения преступления. Сюда относятся оценка параметров пространства и времени совершения преступления — час, светлое или темное время суток, день недели и т.д.; выходные или будни; параметры места — просматриваемость или недоступность, особенности совершения преступления.

Так, M. Benezech (1999) предлагает различать «организованных» и «неорганизованных» преступников. Для «неорганизованных» характерно отсутствие подготовки, слабый или отсутствующий самоконтроль, случайный выбор места, знакомство с жертвой, незапланированность способа преступления, орудия преступления оставляются на месте преступления. Психиатрические диагнозы этой группы лиц — маниакальные состояния, органические нарушения, параноидная шизофрения, слабоумие вследствие травм и интоксикаций. У «организованных» чаще встречаются депрессии, нарушения поведения, наркомании и алкоголизм.

По-видимому, такая классификация имеет определенную криминологическую ценность, однако смешение в ней криминологических и психиатрических аспектов представляется малопродуктивным;

3) виктимологический анализ: сюда относится оценка риска виктимности. Низкий риск констатируется, когда жертвы живут в семье, у них сохранны социальные контакты, вследствие чего возможно легкое обнаружение исчезновения. Лица высокого риска — несовершеннолетние, психически больные, вследствие ограничения способности к сопротивлению. Анализируются данные, где и когда обнаружены тела, причины смерти, медицинская история жертвы, в том числе состояние наркотического или алкогольного опьянения, история психического здоровья жертвы и ее семьи, социальный статус и адаптация;

4) судебно-медицинское исследование, которое при сексуальных преступлениях должно ответить на вопрос, когда произошло сексуальное насилие — до или после смерти;

5) реконструкция фактической стороны преступления и моделирование психологического портрета.

T. Toutin (2000) приводит одну из классификаций преступников, используемых криминологами: «психопатический» и «психотический» преступник.

Для «психопатического» типа характерны следующие особенности:

- в семье является старшим или единственным ребенком;
- отец отсутствует, является преступником или жестокой личностью;
- интеллект высокий или средний;
- социально и сексуально компетентен;
- имеет квалифицированную работу;

- при совершении преступления характерен длинный диалог с жертвой;
- возможен сексуальный садизм;
- скрывает труп жертвы;
- сразу оставляет место преступления;
- редко кончает жизнь самоубийством после преступления;
- пытается избежать ареста.

«Психотические» преступники обычно:

- последние дети в семье;
- у матери вероятны проявления психопатологии;
- интеллект невысокий;
- сексуально не компетентен;
- работа неквалифицированная;
- чаще совершает несадистское изнасилование;
- труп оставляет без предосторожности;
- иногда впадает в состояние прострации у трупа;
- часто кончает жизнь самоубийством после преступления;
- обычно не скрывается.

Данная классификация вызывает серьезные возражения не только из-за вышеупомянутого смешения криминологических и психиатрических критериев, но и потому, что невольно направляет мысль следователя в сторону отсутствия необходимости проведения КССПЭ у первой группы лиц. Между тем, как следует из клинической практики, нарушения произвольной регуляции поведения отнюдь не находятся в прямой зависимости от того, под критерии какой группы подпадает преступник;

6) рекомендации по стратегии проведения допросов и следственной работы.

S. Bourgoin (1993) предложил усредненное описание сексуального агрессора, хотя сразу оговаривается, что типовой портрет невозможен, так как данный портрет объединяет насильников, лиц, совершивших инцест, эксгибиционистов и лиц с другими формами парафилий. Он выделяет несколько общих характеристик насильников и педофилов: возраст и пол — мужчины 20—40 лет (педофилы — скорее 30—60 лет, серийные насильники — 15—20 лет); семейная и общественная биография — живут одни, в общежитии, могут быть безработными или частично занятыми. Педофилы, как правило, лучше социально адаптированы, часто их работа связана с контактами с детьми, они достаточно интеллектуально развиты, часто женаты и имеют своих детей. Особенности характера — замкнутость, скрытность, агрессивность, эмоциональная холодность, «нет сочувствия, не испытывают сожаления». Сексуальная адаптация — возможна внешняя асексуальность или гипермаскулинность, часто застенчивость мешает контактам с женщинами, являются жертвами сексуального насилия в детстве.

T. Toutin (2000) указывает на следующие ограничения метода «портрета» преступника: 1) он уместен только в отношении многократных преступлений с понятными мотивами, а в частности при сексуальных преступления мотивы не всегда понятны; 2) только вероятностный характер результатов; 3) эффективность метода зависит от профессионализма следователей и участвующих специалистов. Автор считает, что в состав группы, занимающейся составлением портрета, должны входить: полицейский или судебный чиновник, судебный медик, судебный или криминальный психиатр, криминальный психолог, криминалист, эксперт-токсиколог и др. Одной из задач такой группы может быть выработка стратегии поведения, могущего

заставить преступника отреагировать и разоблачить себя (неверные новости и др.).

Как видно из вышеизложенного, при составлении «проспективного портрета» предпринимаются попытки дать мотивационную квалификацию поведения и смысла отдельных поступков, реконструировать основные биографические моменты, создать психологический профиль, включающий даже внешнеконституциональные, психологические характеристики, а также профориентацию, хобби, стиль жизни и состояние здоровья правонарушителя. Подобный масштаб предполагаемых возможностей вряд ли соответствует современному уровню знаний, на сегодняшний день не позволяющему увязать конкретный рисунок воспроизводимых поведенческих актов с устойчивыми социальными, психологическими и психопатологическими характеристиками, которые можно было бы предположить с необходимой степенью вероятности. Любое построение такого портрета обосновано лишь в рамках современных представлений о некоторых общих свойствах личности при патологии сексуального влечения, вне зависимости от особенностей поведения при его реализации. Тем более, что имеющиеся данные о механизмах формирования тех или иных поведенческих проявлений расстройств сексуального влечения говорят о возможности, в том числе импринтинговой, фиксации во многом случайного набора отдельных элементов исполнения парафильного акта и сопутствующих ему условий, а в целом — о главенствующем значении регресса с реализацией архаичных, филогенетически древних форм поведения и потому в незначительной степени зависящих от особенностей личностной структуры. Последующее аномальное сексуальное поведение чаще всего воспроизводит лишь данный стереотип вне сознательного контроля поведения, по крайней мере, достаточного для существенной модификации сложившегося клише.

Приведем перечень признаков, по мнению криминалистов, предполагающих серийность [Лаговский А.Ю., Бегунова Л.А., Басенко М.С., 1997].

А. В случае изнасилования:

1) совершение преступником насильственного полового акта (в любой форме) в одиночку, в отношении незнакомого лица;

2) отсутствие интереса к личности жертвы. Обращение с ней как с вещью: избегание эмоционального, словесного контакта, безжалостное обращение, внезапное нападение.

Б. В случае убийства:

1) убийство с изнасилованием;

2) обнажение жертвы (хотя бы частичное);

3) манипуляция с половыми органами либо сексуально-значимыми местами (молочными железами, ягодицами, внутренней частью бедер), облизывание ран, трение о них половым членом и т.д.;

4) нанесение множественных стереотипных ранений;

5) семяизвержение, связанное с процессом убийства;

6) совершение полового акта с трупом либо после придушения;

7) стереотипность действий, условий, выбора жертв, однотипность орудия и способа убийств;

8) немотивированная жестокость;

9) неочевидность преступления;

10) случайный выбор жертвы.

С сексолого-психиатрической точки зрения выделенные криминалистами признаки являются диагностическими критериями парафилий, в связи с чем следует подчеркнуть, что «серийность» — чисто криминалистическое

17 – 3935

понятие, которого нет в психиатрии и сексологии, так как клиническая практика показывает, что повторяющееся стереотипное сексуальное поведение может быть присуще разным формам парафилий, не включать в себя убийство, но определяться сходными механизмами регуляции.

Криминалисты [Лаговский А.Ю., Бегунова Л.А., Басенко М.С., 1997] пишут, что, «несмотря на то что преступления совершаются по сексуальным мотивам, именно сексуальная сторона действий преступника и характеристика его сексуальной сферы оказываются наименее информативными для оперативно-розыскной деятельности. Какие бы способы изнасилования ни предпринимал преступник (традиционный, анальный, оральный и т.д.) — это нисколько не конкретизирует преступника, не позволяет получить надежного поискового признака. Сексуальная сторона человека является интимной и субъективной. Необходимой информации получить не представляется возможным».

Полемизируя с этой точкой зрения, следует подчеркнуть, что психиатр, психолог и сексолог способны внести определенный вклад в составление «проспективного портрета», однако он будет продуктивным только тогда, когда эти специалисты будут действовать в рамках своей компетенции, не претендуя на глобальность выводов.

В *психологическом* плане составление «проспективного портрета» может быть использовано для сужения круга подозреваемых, при этом можно выделить следующие вопросы:

1) возможность указания на психологические черты личности;

2) оценка частоты их проявлений;

3) описание ситуаций с наиболее вероятным проявлением этих черт.

Современная психология не в состоянии дать ответ на вопрос, совершал ли субъект, характеризующийся определенными психологическими качествами, определенные действия или нет. Однако следует признать возможным такой вариант неэкспертной формы использования специальных познаний, как составление психологом, психиатром и сексологом совместной справки, в которой указывалось бы, что, согласно современным научным представлениям психологии, психиатрии и сексологии, между психическими и сексуальными особенностями обвиняемого и характером деяний, которые ему инкриминированы, нет непреодолимого логического противоречия. Верно и обратное суждение — нельзя сделать однозначных выводов об особенностях личности по поведению [Сафуанов Ф.С., Шишков С.Н., 1992].

Традиционно в психологии поведение рассматривается как результирующая взаимодействия личностных и ситуационных факторов. Источниками информации о ситуационных факторах могут быть показания свидетелей, жертвы, реконструкция динамики поведения на различных этапах. Выводы могут быть сделаны с учетом особенностей произвольной регуляции поведения на различных этапах (см. главу 10).

Современные исследователи соглашаются в том, что в норме вклад ситуационных и личностных факторов в возникновение агрессивного поведения не одинаков. Так, доминирующая роль в возникновении агрессии в норме отводится ситуационным факторам (угрожающее поведение, обезличенность жертвы, наличие провоцирующих проявление агрессии стимулов, фрустрирующий характер ситуации) в то время как личностным — второстепенная [Бэрон Р. и Ричардсон Д., 1998]. Однако в ситуациях агрессивных сексуальных деликтов нередко провокации со стороны жертвы минимальны. Можно предположить, что чем меньше влияние ситуационных факторов, тем больше в генезе поведения роль внутренних факторов,

которые предопределяют сужение восприятия поведения жертвы и интерпретацию его как угрожающего, провоцирующего и т.д.

Полученные авторами данные позволяют говорить о существовании у сексуальных убийц специфического межличностного конфликта в полоролевой сфере, осложняющего установление адекватных и равноценных субъект-субъектных отношений с потенциальным или имеющимся сексуальным партнером. У лиц с сексуальным гомицидным поведением выявлены существенные барьеры, затруднения в межличностном общении, ограниченность опыта межличностного взаимодействия; низкий уровень эмпатии; чувство неуверенности, собственной неполноценности по поводу своего полоролевого статуса, проявляющиеся в повышенной сенситивности, тревожности при взаимодействии с сексуальным партнером, страхе перед возможной или реальной негативной оценкой собственных маскулинных качеств со стороны женщин.

Таким образом, у лиц, совершивших сексуальные действия, спровоцированные ситуацией в незначительной степени, можно предполагать выраженность тех черт, которые упрощают провокацию агрессивных действий, позволяя субъекту интерпретировать действия жертвы и ситуацию как заведомо враждебные, оскорбительные для себя, подчеркивающие его неуверенность в своем полоролевом статусе.

Вопрос о частоте проявлений указанных черт может быть связан с тем, какое место в иерархической структуре потребностей человека занимает аномальное влечение (или совершенный поступок). Чем более синтонический характер имеет отношение к аномальному влечению, тем в большей степени можно предполагать устойчивость проявлений таких личностных особенностей как снижение рефлексии, импульсивность, раздражительность. Чем более дистонический характер носит отношение к влечению, тем более ситуативный характер будут носить указанные черты, и соответственно возрастет роль ситуационных факторов в генезе такого поведения (см. главу 7).

Поскольку основные психологические особенности лиц с противоправным сексуальным поведением затрагивают сферы межличностного и межпартнерского взаимодействия, то и проявление этих нарушений наиболее вероятно в ситуациях, требующих участия полоролевых стереотипов (в частности, при общении с противоположным полом). При этом можно предполагать, что синтонический характер отношения к влечению способствует расширению диапазона ситуаций, в которых могли бы проявляться отмеченные черты (т.е. касаться всех видов межличностного взаимодействия).

Таким образом, при психологическом анализе поведения следует уделять внимание следующим вопросам:

1) на что направлено поведение (вопрос о возможных чертах) — какие именно поступки/манипуляции и с какими объектами вызывают подкрепление поведения, а какие — его угасание, при этом для определенного типа нарушений влечения можно выделить некоторые психологические симптомокомплексы (для сексуального гомицида — особенности взаимодействия, для педофилии — особенности восприятия возрастных характеристик объекта и т.д.);

2) как осуществляется поведение (вопрос о частоте и специфических ситуациях) — насколько оно могло быть опосредовано планами, какова роль ситуационного влияния, в какой степени была активная провокация со стороны человека, возможная последующая его оценка самим правонарушителем, при этом возможен анализ частоты проявлений указанных ка-

честв с прогнозом — носят ли они ситуационный характер или же являются более стабильными личностными образованиями.

В качестве примера *сексологического* подхода к составлению «проспективного портрета» приведем справку, составленную специалистом-сексологом, работавшим по приглашению прокуратуры одной из областей России.

В результате изучения материалов уголовного дела, участия в проведении следственных действий в виде допроса свидетелей, осмотра мест происшествий установлено следующее.

В 1998—2000 гг. на территории г. Л. и в его окрестностях было совершено 15 убийств молодых женщин. В 2 случаях потерпевшие остались живы (Х. и П-ва). Из анализа исключены 3 случая:

1) 30.08.99 г. был обнаружен труп неизвестной молодой женщины (там же, где труп С.). Труп лежал на спине, правая нога прямая, левая полусогнута в коленном суставе, руки раскинуты в стороны. Труп без одежды, СМЭ определила состояние алкогольного опьянения на момент смерти, каких либо повреждений не обнаружено, причина смерти не установлена. С рассматриваемыми преступлениями этот эпизод объединяет место нахождения трупа, однако отсутствие другой информации заставляет учитывать его условно;

2) 23.04.2000 г. был обнаружен труп неизвестной женщины без одежды в озере. По данным СМЭ возраст 16—20 лет, повреждений нет. Оснований для включения этого эпизода в анализ не выявлено;

3) убийство А. — по данным СМЭ причина смерти — острая кровопотеря вследствие множественных ножевых ранений грудной клетки и живота. Данный эпизод не включен в серию вследствие совершенно нехарактерного способа и времени (днем) убийства.

Основные сведения о преступлениях приведены в виде схемы 15.1.

Из показаний потерпевшей Х. следует, что 7.05.1999 г. ночью она в состоянии алкогольного опьянения шла по улице, остановилась машина. Водитель, мужчина 25—27 лет предложил подвезти до дома. Машина была старая, в салоне грязно. По дороге разговаривал мало, спокойным голосом. По ее просьбе остановил машину возле салона красоты, предложил покататься. Какое-то время возил по городу, затем машина остановилась возле лесопосадки, объяснил, что «нас никто не должен видеть». Предложил вступить с ним в анальный половой акт, она отказалась. Когда стал раздевать, не противилась. Раздел ее, разделся сам и стал ходить вокруг машины. Стал копаться в ее сумочке, в ответ на ее вопрос сказал, что ищет презервативы. После этого открыл заднюю дверь багажника машины и стал что-то искать. Открыл дверь машины. Она сказала, что холодно, взял ее за руку и резко дернул. Она растянулась на земле лицом вниз, набросил на шею сзади веревку и стал стягивать. Потерпевшая успела подставить около шеи кулак, он спокойным голосом попросил ее убрать руку, но она этого не сделала. Вместе с кулаком подтянул веревку к шее и стал душить. Последнее, что помнит потерпевшая, как стала издавать какие-то крики. Очнулась голая, в яме, на дне была покрышка от автомобиля. Яма находилась на некотором расстоянии от места, где остановилась машина.

При опросе потерпевшей Х. в психическом статусе обращает на себя внимание манерность, некоторая эйфоричность наряду с обстоятельностью мышления, снижением критики к своему состоянию. Утверждает, что хорошо помнит события встречи с преступником, помнит его внешность, лицо. В то же время в процессе беседы выясняется, что она на его лицо внимания не обращала.

Из показаний потерпевшей П-вой следует, что 7.07.1999 г. ночью она в состоянии алкогольного опьянения шла по улице, остановилась машина. Водитель — мужчина лет 30, плотного телосложения, среднего роста, лицо круглое, светлые короткие волосы — согласился подвезти за 10 руб. Разговаривал спокойно, с виду опасности не представлял. По дороге рассказывал о себе, что его зовут Витя, что у него есть брат, сестра, говорил, что живет на Советской с родителями. Сказал, что у него мало бензина, спросил, есть ли у нее время. Катался от одной заправки к другой, искал бензин. По дороге брал пассажиров, пьяных мужчину и женщину, под-

Схема 15.1

Общая характеристика преступлений

1. П., 20 лет, не работала, находилась в состоянии алкогольного опьянения
Пропала 31.07.1998 г. после 03 ч.
Труп обнаружен 01.08 1998 г. на берегу реки В. в районе поселка З.
Удушение, раздевание, изнасилование, избиение
Похищены черный комбинезон с плечевыми лямками, туфли черные, серьги платиновые, два золотых перстня, золотая цепочка, очки, белая дамская сумочка

2. Я., 19 лет, не работала, находилась в состоянии алкогольного опьянения
Пропала 11.09.1998, в период с 03 до 04 ч от площади К.
Труп обнаружен 11.09.1998 г. в районе военного аэродрома в 500 м от трассы Л-к—Л-нь
Раздевание, удушение, изнасилование, волочение
Похищены кофта, туфли, сумочка

3. М., 18 лет, не работала, находилась в состоянии алкогольного опьянения, была склонна к проституции
Пропала 10.11.1998 г. в вечернее время
Труп обнаружен 12.11.1998 г. в лесном массиве «Л. с.»
Раздевание, изнасилование
Похищены коричневая шуба, белая водолазка, юбка, колготки, ботинки, косынка, женская сумочка, паспорт, записная книжка, косметичка

4. Х., 23 года, находилась в состоянии алкогольного опьянения, занималась проституцией
Пропала 07.05.1999 г. после 01 ч
Пришла в сознание 07.05. 1999 г. в лесополосе недалеко от хладокомбината
Раздевание, удушение, изнасилование
Похищены свитер, зеленые брюки, черные трусы, ботинки, носки, женская сумочка, паспорт, ключи, 600 руб.

5. Т., 23 года, находилась в состоянии алкогольного опьянения
Пропала 24.06. 1999 г.
Труп обнаружен 26.06 1999 г. в лесном массиве «Л. с.»
Раздевание, удушение, изнасилование,волочение
Похищены платье, туфли, плавки, часы, золотые серьги, перстень, три кольца, пакет с купальными принадлежностями

6. П-ва, 26 лет, не работала, находилась в состоянии алкогольного опьянения
Пропала 07.07.1999 г. в 01 ч
Пришла в сознание 07.07.1999 г. на полях ОПХ к северу от города
Раздевание, удушение, изнасилование
Похищены шорты, босоножки, плавки, золотая цепочка, крестик, две серьги, серебряное кольцо, спортивная сумка с документами, ключами и пляжными принадлежностями

7. В., 19 лет, работала в АО «Вторчермет», была склонна к общению с мужчинами и употреблению спиртного
Пропала 29.08.1999 г.
Труп обнаружен 04.09.1999 г. на лугу (берег затона р. В.) в 1,5 км от Т-го моста
Частичное раздевание, удушение, изнасилование
Похищены свитер, трусы, 4 серебряных кольца, сумочка с косметикой, документами и записной книжкой

8. С-ва, 28 лет, занималась частным пошивом женской одежды, находилась в состоянии алкогольного опьянения
Пропала 10.09.1999 г.
Труп обнаружен 10.09.1999 г. в лесном массиве «Л. с.»
Раздевание, удушение, изнасилование, волочение
Похищены сарафан, комбидресс, босоножки, золотые серьги, два кольца, одно кольцо из камня, сумочка с косметикой, документами (обнаружена в р. В. возле Т-го моста)

9. П-ва, 25 лет, работала продавцом магазина, находилась в состоянии алкогольного опьянения
Пропала 19.09.1999 г. в 01 ч
Труп обнаружен 28.09.1999 г в лесополосе на полях ОПХ к северу от города
Раздевание, удушение, изнасилование, волочение
Похищены платье, свитер, туфли, колготы, полиэтиленовый пакет с косметикой

10. М-ва, 20 лет, не работала, была склонна к неразборчивым связям с мужчинами, употреблению спиртного
Пропала 08.10.1999 г.
Труп обнаружен 12.10. 1999 г. в лесополосе на полях ОПХ к северу от города
Раздевание, удушение, изнасилование, волочение
Похищены платье, свитер, туфли, колготы, полиэтиленовый пакет с косметикой

11. Е., 19 лет, училась в СПТУ, находилась в состоянии алкогольного опьянения
Пропала 20.11.1999 г. в 03 ч
Труп обнаружен 13.12.1999 г. в лесном массиве (берег водохранилища)
Раздевание, удушение, изнасилование, волочение
Похищены шуба, юбка, кофта, колготы, ботинки, золотое кольцо с камнем, кольцо и серьга белого цвета с камнями «кошачий глаз»

12. С., 18 лет, не работала, находилась в состоянии алкогольного опьянения
Пропала 1.12.1999 г. в 02 ч
Труп обнаружен 12.01.2000 г. в лесополосе района пересечения автодорог
Раздевание, удушение
Похищены берет, шуба, свитер, брюки, ботинки, носки, золото (два перстня, две серьги), две серебряных серьги, часы

вез пьяного молодого парня. Сразу как отъехали от очередной АЗС, где он подходил к окошку кассы, потерпевшая наклонилась к сумке взять сигарету. Почувствовала удар по затылку, потеряла сознание. Пришла в себя от того, что он разорвал на ней шорты. Она сидела у него на коленях спиной к нему. Потерпевшая что-то попыталась сказать, он сказал: «Заткнись, сука». Она почувствовала, что майка задрана до шеи, он схватил ее цепочку, которая больно впилась в шею. Она сделала какие-то движения, после чего схватил ее за волосы и ударил лицом о руль, вывернул правую руку за спину так, что она даже приподнялась. Потерпевшая почувствовала его половой член в заднем проходе, ей было больно, и она снова потеряла сознание. Когда пришла в себя, почувствовала, что ее тащат по земле за левую руку лицом вниз. Очнулась заваленная ветками в посадке, голая, на шее была затянута ее майка.

Из заключения СМЭ потерпевшей П-вой.: странгуляция, спермы не обнаружено, возле заднепроходного отверстия кровоизлияние.

Виктимологический анализ. Анализ внешних признаков потерпевших показывает, что их средний возраст составляет 23—25 лет (паспортный возраст колеблется в интервале 19—25), средний рост 160 см (интервал 150—178 см), телосложение — чаще среднее, цвет волос — темно-русые или окрашены в каштановый цвет (кроме Х. — окрашена в белый цвет), длина волос — до плеч (кроме Х. — стрижка), цвет глаз — зеленые (4), карие (3), лицо — закруглен кончик носа (5). Выраженность вторичных половых признаков: выражены (5), средне (4), не выражены — 1 (Х.).

Однако полный анализ внешности жертв провести не удалось, так как фотографии всех потерпевших не представлены. О роли косметики говорить затруднительно, так как половина потерпевших ей не пользовалась. Цветовая гамма одежды потерпевших в основном определялась сочетанием «белое, черное, синее» за исключением выживших Х. (все зеленое) и П-вой (яркое желто-синее). Возможно, этот фактор сыграл определенную, скорее всего неосознаваемую, роль, в исходе встречи с преступником.

В брюки было одето 3 потерпевших, в том числе 1 — в шорты, из них 2 выжили (одна из них Х. со слабовыраженными вторичными половыми признаками), что позволяет предположить важную роль внешних признаков женственности в регуляции поведения преступника, поскольку их редукция отмечается именно у выживших.

У 4 потерпевших род занятий — проституция, остальные (за исключением С-вой) были склонны к беспорядочным половым связям. В состоянии алкогольного опьянения на момент контакта с преступником находились большинство (кроме 3). Примечательно, что именно в отношении потерпевшей С-вой свидетелями отмечалась ее «легкомысленное» поведение в состоянии опьянения в день исчезновения.

Выводы: основное сходство потерпевших заключалось в:

1 — возраст по внешности 23—25 лет;

2 — длинные волосы;

3 — выраженность вторичных половых признаков;

4 — состояние алкогольного опьянения на момент контакта с преступником;

5 — занятие проституцией или склонность к случайным половым связям.

Временной анализ. Как видно из схемы 15.2, даты исчезновения потерпевших располагаются в следующем ряду: 1. П. (31.07.98 г.) — 2. Я. (11.10.98 г.) — 3. М. (10.11.98 г.) — 4. Х. (7.05.99 г.) — 5. Т. (26.06.99 г.) — 6. П-ва (7.07.99 г.) — 7. В. (29.08.99 г.) — 8. С-ва (10.09.99 г.) — 9. П-ова (19.09.99 г.) — 10. М-ва (9.10.99 г.) — 11. Е. (20.11.99 г.) — 12. С. (4.12.99 г.).

Анализ представленного ряда показывает, что можно выделить две «серии» с перерывом в полгода: 1-я — 31.07.98 — 11.10.98 — 10.11.98, 2-я — 7.05.99 — 26.06.99 — 7.07.99 — 30.08.99 — 10.09.99 — 19.09.99 — 9.10.99 — 20.11.99 — 4.12.99. Временные промежутки между преступлениями в первой «серии» составляют (в днях): 71 — 29; во второй — 48 — 11 — 52 — 10 — 8 — 19 — 40 — 13.

Как показывает анализ, нападения совершаются без однозначной связи с временами года, однако можно отметить, что только одно из них совершено весной (оно же начало следующей серии) и половина из них совершена осенью. Возможно, что это свидетельствует о том, что усиление аномального сексуального влече-

ния у преступника более связано с сезонным ухудшением психического состояния (осень), чем с колебанием гормонов в крови (весна). Промежуток между «сериями» с 10.11.98 г. до 7.05.99 г. противоречит предыдущей версии и с точки зрения динамики патологического влечения (учитывая резкое повышение частоты нападений в последующей «серии» именно осенью) объяснения не находит, вследствие чего более реальным представляется предположение о том, что он вызван внешними причинами (изменение места пребывания — командировка и т.п.). Последнее предположение подкрепляется отсутствием нападений с января 2000 г.

«Аритмия» интервалов между преступлениями во второй «серии» также позволяет предположить, что интервалы свыше 40 дней могут иметь внешние причины.

Для первой «серии» характерно последовательное чередование мест обнаружения трупов, в начале второй повторяется та же последовательность, однако на «пике» частоты происходит как бы «застревание» на одном месте (6, 9, 10). Подобный феномен может свидетельствовать о том, что на высоте усиления патологического влечения сознательный контроль над поведением в период преступления ослабевает, и выбор места начинает определяться в основном прошлым опытом. В начале же каждой «серии» выбор места более подвержен контролю сознания.

Время исчезновения или контактов жертв с преступником — ночь, в основном после 01.00. Однозначно расценивать этот факт как следствие стремления преступника обеспечить себе безопасность и сокрыть следы преступления противоречило бы клиническому опыту, так как у определенной части таких лиц соответствующие переживания актуализируются именно ночью.

Выводы: 1) наиболее вероятной представляется гипотеза об осуществлении преступлений обеих «серий» одним лицом; 2) неравномерность временных интервалов между преступлениями может быть вызвана как внешними, так и внутренними причинами, однако «пик» частоты осенью в обеих «сериях» скорее всего обусловлен причинами внутреннего, патологического характера.

Пространственный (территориальный) анализ. Распределение мест обнаружения как тел потерпевших, так и выживших, не является случайным (схема 15.1). Трупы 9 и 10 (здесь и далее номера эпизодов) были обнаружены точно в одном месте (даже в одной ложбинке), где пришла в сознание 6, а труп 12 обнаружен там же, где ранее труп неизвестной.

При изучении схемы 15.1 можно выделить три региона нападений: первый — территория, связанная с трассой О.—Т. и дорогой на аэропорт — эпизоды 2, 4, 6, 9, 10, 12 и условно — неизвестная (30.08.1999 г.); второй — территория, связанная с трассой В.—У.; эпизоды П. (1), В. (7) и входящий в нее еще более локализованный ареал — лесной массив «Л. с.» — эпизоды 3, 5, 8; третий — лесной массив возле М-ского водохранилища — 12 и условно — неизвестная (23.04.00).

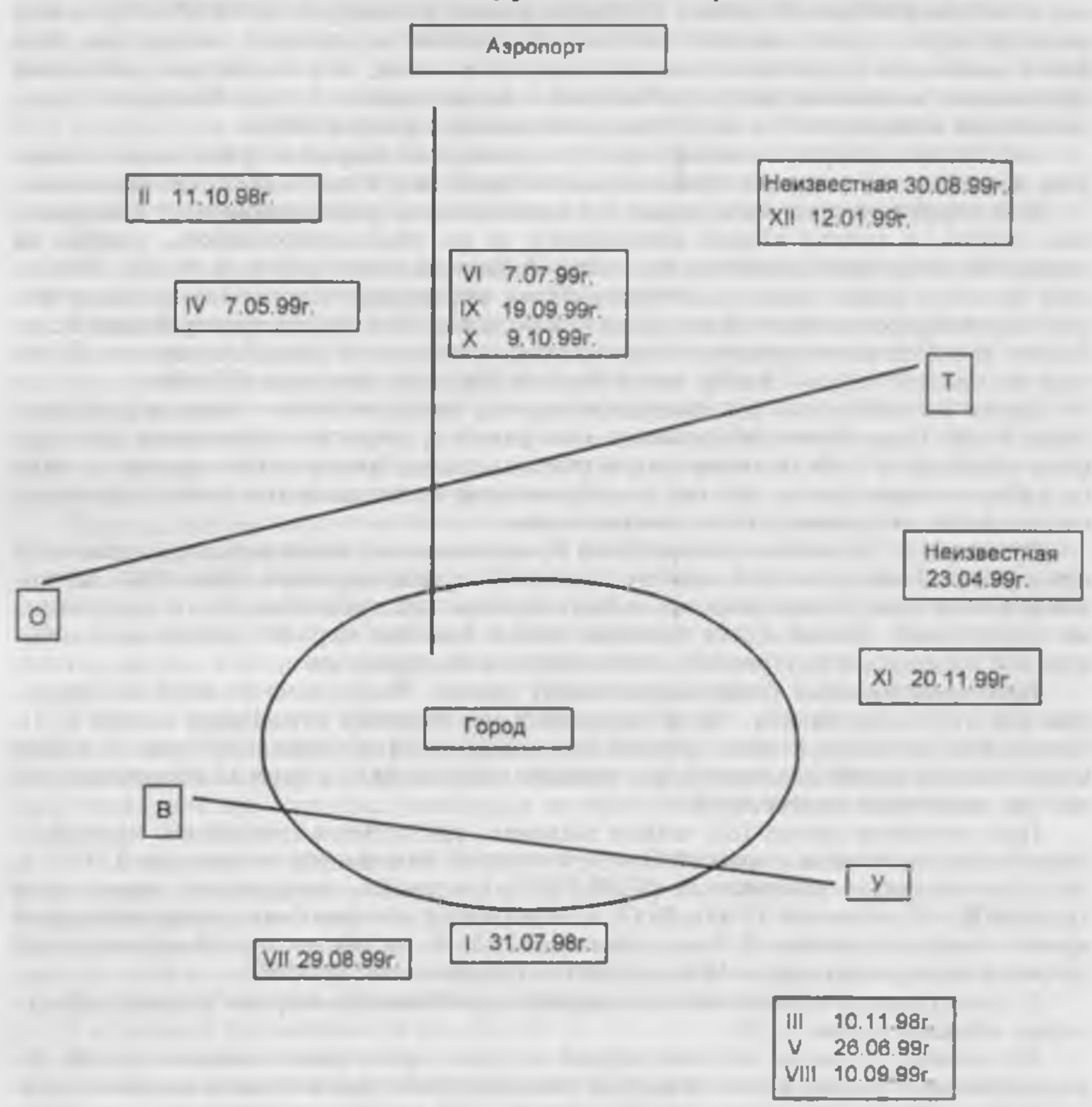
В совокупности с временной последовательностью обе «серии» выглядят следующим образом (схема 15.2).

Из схемы 15.2 видно, что для первой «серии» характерно последовательное чередование мест обнаружения трупов, в начале второй повторяется та же последовательность, однако на «пике» частоты происходит как бы «застревание» на одном месте (6, 9, 10).

Нахождение трупов 9 и 10 там же (даже в одном углублении), где и выжившей потерпевшей 6, может свидетельствовать в пользу предположения о том, что это место имеет символическое значение для преступника, которое либо связано с некоторым первособытием в его жизни (механизм фиксации), либо (что не исключает первого) с механизмом регрессии в состояниях измененного сознания в период совершения преступления. Как известно из клинической практики, феномен возвращения серийного убийцы может иметь несколько объяснений и, соответственно, патогенетических механизмов. Из них «игра» со следствием представляется наименее вероятной, поскольку в подобных случаях обычно наблюдаются и другие проявления такого стремления преступника. Против этого предположения говорит и чередование этого места с различными другими, хотя и близкими территориально. Близость к данному локусу мест эпизодов 2 и 4 может говорить о том, что выбор места в этих случаях осуществлялся на основе прошлого опыта. Возможными представляются два варианта актуализации последнего: первый — интерпретация этого

Схема 15.2

Территориальное (пространственное) расположение мест обнаружения тел жертв



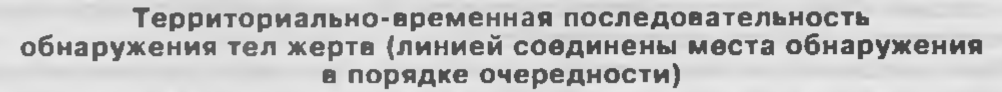
Основные автомагистрали (обозначены линиями); В — населенные пункты; I—XII — очередность эпизода.

ареала как места адюльтеров и случайных сексуальных контактов, что соответствует репутации этого места среди населения города; второй — связь прошлого жизненного (и, возможно, сексуального) опыта преступника с ним. Однако ни один из этих мотивов в дальнейшем в выборе места последовательно не прослеживается, хотя территориальная близость эпизодов 12 и неизвестной (30.08.99 г.) может являться аргументом в пользу второго варианта (знание местности).

Если исходить из гипотезы, что первое преступление серийный убийца совершает недалеко от места проживания, а в дальнейшем расширяет ареал действий, то логично предположение, что его место жительства территориально близко к месту эпизода 1, а близость к нему места эпизода 7 (с интервалом через 13 мес) может отражать совпадение биоритмов интенсивности аномального влечения и связи его с

Схема 15.3

Территориально-временная последовательность обнаружения тел жертв (линией соединены места обнаружения в порядке очередности)



Основные автомагистрали обозначены линиями; В — населенные пункты; I—XII — очередность эпизода.

хорошо знакомой территорией. Нахождение сумочки 8 возле того же места (Т-кий мост), где была убита 7, подтверждает данное предположение.

Практически ни в одном случае невозможно однозначно утверждать, что выбор места определялся стремлением сокрыть следы преступления, и даже в наиболее закрытом месте (лесной массив «Л. с.») трупы располагались на небольшом расстоянии от проселочной дороги, причем не на стороне, где густой старый лес, а среди молодых посадок, что увеличивало вероятность обнаружения трупа с дороги. Однако при осмотре мест обнаружения трупов обращает на себя внимание то, что места, более подходящие для «демонстрации» (т.е. при наличии желания преступника, чтобы жертву обнаружили быстрее) и в то же время обеспечивающие относительную его безопасность во время совершения преступления, могли быть найдены рядом с той же проселочной дорогой гораздо ближе к трассе. Это позволяет усомниться в сознательном выборе мест для трупов. Последнее предположение находит

свое подтверждение и в следах волочения в несколько метров вдоль дороги (эпизоды в массиве «Л. с.»), хотя характер местности не позволяет логически объяснить необходимость подобного перемещения тела.

Фиксированность мест нахождения трупов при отсутствии сколько-нибудь значимых попыток их сокрытия свидетельствует в пользу наличия у преступника психических отклонений, в частности нарушений сознания в период совершения преступления, или сверхценных или бредовых идей, обусловливающих стремление к раннему обнаружению трупов.

Выводы: 1) территориальный анализ подтверждает принадлежность рассматриваемых эпизодов одному преступнику; 2) частичное или полное совпадение мест обнаружения трупов не является случайным и находится в определенной зависимости от частоты преступлений.

Поведенческий (сексологический и психиатрический) анализ. На основании данных СМЭ можно выделить несколько паттернов сексуальных манипуляций: 1 — коитус во влагалище (8 эпизодов), 2 — коитус в задний проход (7 эпизодов), причем в 7 случаях первое и второе сочеталось (однако в 2 случаях есть сомнения — в одном сперма принадлежала разным мужчинам, в другом — эта возможность не исключена). Третий возможный паттерн получил отражение в кровоизлияниях в слизистую оболочку и свод влагалища, причем в экспертных заключениях особо указывается, что данное повреждение, возможно, причинено пальцем руки. В 2 случаях сперма обнаружена на одежде жертвы (юбка и плавки), что позволяет предполагать возможность наступления эякуляции вне введения полового члена в отверстия. В 3 случаях сперма не обнаружена.

Таким образом, можно говорить о 4 типах сексуальных манипуляций: половой акт во влагалище, в задний проход, введение пальца во влагалище и эякуляция на одежду. По частоте преобладает комбинированный коитус (влагалище и задний проход), даже с учетом возможности происхождения спермы от разных мужчин. Особую ценность (предпочтение) анального коитуса для преступника подтверждают и показания Х. и П-вой. Место его совершения, как следует из тех же показаний, — машина.

Наиболее часто встречаются телесные повреждения в виде странгуляции (не установлены только в 2 случаях — 3, 12), остальные варьируют от случая к случаю. Взаимное положение в момент нападения — преступник сзади жертвы.

Одежда потерпевших в большинстве случаев полностью отсутствует, кроме эпизодов: 2 — медицинский халат на шее; 6 — майка завязана узлом на шее; 7 — на трупе юбка, обувь, бюстгальтер, рядом босоножка (необходимо отметить, что место нахождения трупа в этом случае достаточно людное); 5 — бюстгальтер рядом с трупом; 9 — на трупе носки; 12 — рядом с трупом плавки. К объектам, оставленным преступником, могли относиться 2 презерватива (10), мужские трусы (11). Обнажение потерпевших не обязательно предшествует удушению и половому контакту (показания Х. и П-вой).

Следует отметить, что случаи обнаружения как предметов одежды потерпевших, так и предметов одежды, предположительно принадлежавшей преступнику, свидетельствуют против гипотезы о сознательном сокрытии следов преступления. Орудием удушения служили халат, веревка, майка и цепочка, бюстгальтер, оно не установлено в 7 случаях. Похищенные вещи: туфли (8), сумочка (8), трусы (4), верхняя одежда — во всех случаях, кроме 7. Отсутствие избирательности в похищении вещей говорит против гипотезы об их фетишистском значении. Следует также отметить, что только в одном случае (8) из личных вещей жертв была обнаружена сумочка, из которой пропала записная книжка. Можно предположить, что в остальных случаях похищенные документы изымались преступником и хранятся у него. Неслучайность этого и интерес к личностям жертв находит свое подтверждение и в анонимных звонках после преступлений (7, 8). Следы волочения (5, 6, 10, 11) указывают на то, что убийства (или приведение в бессознательное состояние) совершалось в машине. В 3 случаях (6, 7, 9) на тело потерпевших были наброшено несколько веток, которые, однако, существенно тело не прикрывали.

Анализ динамики поведения преступника показывает, что наиболее типичным, выполняемым в большинстве случаев паттерном поведения, как показано выше,

является удушение с последующим анальным коитусом; влияние на него внешних факторов следует признать незначительным. Другой паттерн — обнажение, хотя и входит в сценарий, но подвержен модификациям: так, в случае 7 оставление предметов одежды на трупе могло быть объяснено появлением людей, однако в случаях 2 и особенно 5, 6, когда помехи со стороны были маловероятны, он тоже не был совершен в полном объеме. О меньшей его фиксированности говорит и неустойчивость его места в сценарии — он мог осуществляться как до (4), так и после удушения (6). Характерным представляется и то обстоятельство, что редукция данного паттерна происходила на «пике» частоты нападений. Наконец, наиболее необязательным элементом сценария является нанесение ударов (из показаний П-овой можно предположить, что это происходило, когда жертва приходила в сознание), причем целью этих ударов было не столько унижение жертвы, сколько стремление заставить ее замолчать и обездвижить (те же показания).

Еще одним необязательным признаком, собственно не входящим в паттерн правонарушения, являются анонимные звонки по телефону после преступления в случаях 8 (показания К., подруги С-вой): молчание, слово «возьмите».

Выводы:

1) стержневой для преступника паттерн поведения — удушение удавкой сзади с последующим анальным коитусом, возможно, в комбинации с влагалищным, осуществляется скорее всего в машине;

2) другие поведенческие паттерны (обнажение тела жертвы, нанесение ударов и т.п.) выполняются не во всех случаях полностью, т.е. менее фиксированы, осуществляются или в машине, или на воздухе, более подвержены влиянию различных внешних факторов;

3) в качестве орудия преступления используется удавка — в 5 случаях части одежды потерпевшей, в 7 случаях предмет не установлен, что не исключает использование собственных орудий;

4) можно говорить о клишированности преступлений, проявляющейся в воспроизведении одного стереотипа поведения (удушение с анальным коитусом), связи его с территорией;

5) сочетание клишированности криминального поведения с фиксированным по внешним признакам выбором объекта (девушки «легкого поведения» 23—25 лет с длинными волосами и достаточно выраженными вторичными половыми признаками в состоянии алкогольного опьянения) позволяет утверждать, что все рассматриваемые преступления совершены одним человеком.

Клинические закономерности. Клишированность поведения в виде стереотипного, типичного для садизма паттерна (удушение сзади), связь его с территорией, воспроизведения отношений доминирования/иерархии (насильственный половой акт), фиксированный по внешним признакам выбор объекта в сочетании с проявлениями деперсонификации (случайный выбор объекта, обезличивание позы — со спины при удушении и анальном половом акте), позволяют с высокой степенью вероятности говорить о наличии у преступника аномалии сексуального влечения в форме сексуального садизма.

Из показаний потерпевшей Х. следует, что на протяжении всего контакта с жертвой преступник держался спокойно, пытался уговорить ее на добровольное совершение анального полового акта и лишь после отказа и периода некоторых действий (раздевание, хождение вокруг машины, манипуляции с сумочкой) осуществляет нападение. Вероятно, перечисленные действия могут являться внешним выражением борьбы мотивов, после чего реализация намерений осуществляется внешне неожиданно для потерпевшей. Вышеуказанные факты могут быть расценены как проявление обсессивно-компульсивного характера аномального сексуального влечения.

В показаниях потерпевшей П-вой содержится информация о том, что преступник долго возил ее по городу, подсаживая случайных прохожих. Такое поведение представляется маловероятным в ситуации борьбы мотивов, обдумывания или планирования нападения, в том числе из-за наличия возможных свидетелей. Более логичным представляется предположение, что в это время намерение напасть у преступника отсутствует, а появляется внезапно, в данном случае при отъезде с АЗС,

что может говорить об импульсивном характере влечения. Возможно, триггером запуска нападения являются какие-либо особенности поведения жертвы, которые в сочетании со стремлением к обнаружению трупов могут расцениваться преступником как доказательство правильности избрания объекта как «проститутки» (в рамках гипотезы «борьбы с проституцией»).

Целью удушения, возможно, является не смерть жертвы, а ее обездвиженность. В пользу такого предположения говорит наличие двоих выживших. Другой возможный вариант — ухудшение у преступника способности различения живого и неживого в период непосредственно после совершения удушения вследствие изменения состояния сознания. В пользу первой версии говорят и попытки добиться добровольного согласия жертвы на анальный половой акт (Х.), а также попытки насильственно обездвижить и прекратить речевой контакт при проведении анального коитуса (П-ва).

Признаки необъяснимого в плане стремления к сокрытию трупа волочения вдоль дороги в лесном массиве, разной степени незавершенность процесса обнажения тела жертвы в ряде случаев нападений также могут свидетельствовать об изменении состояния сознания в период совершения преступления.

Обращает на себя внимание и эмоциональная неадекватность преступника в период нападения: так, он спокойным тоном попросил Х. убрать руку, которая мешала ему затянуть петлю. Подобный признак может говорить либо о неадекватном восприятии окружающего (нарушения сознания) или эмоций жертвы (нарушение эмоционального гнозиса и эмпатии), либо своих действий (диссоциация). С учетом внешне спокойного поведения при установлении контакта с будущей жертвой логичным представляется предположение об общем (не временном) снижении эмпатии у преступника.

Рассматривая динамику изменения сексуального паттерна, следует обратить внимание на начало (1-й эпизод) с полового акта во влагалище и присоединение к основному паттерну в конце 2-й серии возможных манипуляций пальцем во влагалище, что позволяет предполагать тенденцию к регрессии, которая является признаком прогредиентности парафилии. Отсутствие спермы в 5-м и 6-м эпизодах (на высоте частоты нападений) вполне укладывается в клинику садизма. Стремление к обездвиженности жертвы совершенно не обязательно должно быть связано с желанием подавления сопротивления, а может выступать как специфически сексуальный стимул, обозначая формирование некрофильных тенденций.

Однозначная интерпретация анонимных звонков по телефону после преступления в случаях 8 (показания К., подруги С-вой): молчание, «возьмите», и 7 (показания П-й) затруднительна, наиболее вероятными представляются две версии — желание преступника, чтобы труп быстрее обнаружили и/или сомнение в реальности (или «правильности») совершенного им деяния. Совпадение по времени этих поведенческих проявлений с «пиком» частоты нападений говорит об изменении психического состояния преступника в этот период.

Выводы:

1) преступник с высокой степенью вероятности страдает парафилией в форме сексуального садизма с некрофильными тенденциями;

2) имеются основания говорить о двух вариантах аномального сексуального влечения: обсессивно-компульсивном и импульсивном;

3) имеются признаки, говорящие о возможном нарушении сознания в период преступления, а также расстройств эмоциональной сферы в виде снижения эмпатии.

Возможные патогенетические механизмы. Символическая интерпретация оказывается возможной для нескольких поведенческих особенностей. Во-первых, это «захоронение» трупов в одном месте, что может отражать, как указывалось выше, либо значимость данного места для преступника (в том числе и в рамках гипотезы «борьбы с проституцией» — как демонстрация неотвратимости «наказания»). В этом же ключе возможна интерпретация другого паттерна поведения — обнажения трупа (демонстрация «разоблачения» проститутки), что, однако, не исключает воздействия вида обнаженного тела как эротического стимула. Сознательное стремление к сокрытию трупов, как уже говорилось выше, вызывает серьезные сомнения. В 3 случаях (6, 7, 9) на тело потерпевших были наброшено несколько веток, кото-

рые, однако, существенно тело не прикрывали, поэтому данные действия логично расценить как символические (в рамках гипотезы «борьбы с проституцией» — символ «похорон», победы над ней).

Таким образом, возможным мотивом нападений для преступника может являться «борьба с проституцией», однако это только форма психологической зашиты от внутреннего конфликта. Как известно из клинического опыта, проявлением подобного внутреннего конфликта является амбивалентное или генерализованное отрицательное отношение к женщине, сопровождаемое, по психоаналитическим трактовкам, возможно, неосознаваемой завистью к ним. Сутью этого конфликта является совпадение объекта референции и сексуального влечения, т.е. нерешенность дихотомии «мужское — женское», характерного для нарушений половой идентичности. Как символическое лишение признаков пола следует расценивать и половые акты в задний проход.

Сущность удушения (лишения признаков жизни), исключение зрения — позиция сзади при удушении, стремление к обездвиженности как сексуальному стимулу, так же как возможное в данном случае непонимание факта смерти, манипуляции с трупом, некрофильные проявления, — являются формами попыток решения дихотомии «живое — неживое».

Корыстный мотив не может быть исключен, но представляется вторичным, а в рамках гипотезы «борьбы с проституцией» он маловероятен; более логичным представляется предположение также о ритуальной, символической природе уничтожения одежды (символ «греха» или пола).

Выводы: неосознаваемыми целями поведения преступника могут являться лишение признаков пола и лишение признаков жизни как следствие расстройства самосознания.

Диагностические гипотезы. Развитие сексуального садизма возможно на фоне различных форм психических расстройств. Достаточная полнота и относительная завершенность формирования парафилии в данном случае является аргументом в пользу органического поражения ЦНС. Другим доводом в пользу этой формы нозологии являются указания на возможные нарушения сознания в период совершения преступления. Не противоречат этому предположению и данные о возможной тенденции к регрессии сексуальной активности, предполагаемых изменениях эмоциональной сферы.

В рамках этой гипотезы перерывы в полгода между сериями могут получить объяснение влиянием внешних факторов — длительные командировки или обострение соматических заболеваний с длительными госпитализациями. Менее вероятным представляется предположение о шизофреническом процессе с обострениями и длительными госпитализациями в психиатрический стационар.

Относительно личностного радикала более обоснованными представляются предположения о наличии у преступника эпилептоидного, чем шизоидного. Как известно, для эпилептоидной личности характерен внезапный переход от внешне упорядоченного поведения к импульсивной агрессии, склонность к насильственным действиям. Однако запущенность внешнего и внутреннего вида автомашины, отмечаемая потерпевшей (показания X.), является аргументом в пользу шизоидного радикала. Наименее вероятным представляется истероидный — единственным аргументом в его пользу может являться предполагаемая склонность к демонстративности, «игре со следственными органами», выражением которой может являться помещение тел жертв в одно место.

Биографические закономерности. Предполагаемый биографический портрет преступника с сексуальным садизмом исходит из учета возможных предикторов сексуального агрессивного поведения: неспецифических факторов предиспозиции; дизонтогенетических предикторов искажения формирования расстройств половой идентичности и психосексуальных ориентаций; отражающих непосредственную связь нарушений половой идентичности и особенностей поведения в деликте.

К возможным особенностям развития преступника относятся следующие: психопатологически отягощенная наследственность; ранние органические вредности, в частности детские инфекции, перенесенные с осложнениями, в том числе и мозговыми; черепно-мозговые травмы в возрасте до 20 лет; особенности отношений в

родительской семье — физическое или психическое отсутствие отца (не принимает участия в воспитании или негативное отношение к нему со стороны испытуемого), эмоциональная близость с жесткими, властными матерями или двойственное («любовь — ненависть») отношение к матери; физическое и сексуальное насилие в семье; психическая депривация в детском и подростковом возрасте, выражавшаяся в вытеснении из референтной группы (изоляция) сверстников, или подчиненные роли в группе.

В детском возрасте возможны: замкнутость, стеснительность, неспособность или нежелание формировать новые межличностные контакты и поддерживать уже имеющиеся; снижение влечения к контактам с окружающими, сниженная эмоциональная реакция на происходящие события, предпочтение одиночества и индивидуальных игр, стремление к сохранению неизменности окружающего; деструктивное отношение к животным, выражавшееся в их истязании, убийствах.

В подростковом возрасте возможны психический инфантилизм (недоразвитие); дисморфофобические идеи (переживания мнимого физического уродства), патологическое фантазирование, сверхценные образования, особенно пристрастие к литературной и кинопродукции агрессивно-садистического и порнографического содержания, увлечение анатомией, повышенный интерес к строению тела, в особенности женских половых органов.

К особенностям сексуального развития таких лиц относятся: ранняя допубертатная мастурбация и сексуализация поведения; отсутствие ролевых игр («дочки-матери» и т.п.), что приводит к недостаточному усвоению и пониманию половых стереотипов поведения; сочетание выпадения этапа любопытства к половым органам и дистинкции; гипертрофия платонической фазы либидо с редукцией сексуального, что позже может проявляться, например, в «обожествлении» женщины (комплекс Мадонны) при психологической неудовлетворенности в сексуальных контактах; фиксация на стадии эротического либидо — фантазии становятся более сильным сексуальным стимулом, чем реальный объект, иногда наблюдается психический онанизм; сексуальное либидо — опережение сексуальным либидо платонического и эротического с редукцией последних; в подростковом возрасте проявления аутоэротизма в виде эпизодов переодевания в женскую одежду, эксгибиционизма, мастурбации перед зеркалом. Характерны отсутствие эрекции или эякуляции при первом половом акте: такие лица не видят разницы в ощущениях между мастурбацией, гомо- и гетероконтактами; часто мастурбация сосуществует с брачными отношениями или гетеросексуальными связями.

К возможным психопатологическим особенностям преступника относятся следующие: признаки органического поражения головного мозга — от нерезко выраженных церебрастенических проявлений до различных вариантов психоорганического синдрома; поражения гипоталамуса; определенный круг аффективных расстройств: дисфорические (тоскливо-злобные) и тревожные состояния, ангедония (неспособность получать удовольствие); сверхценные увлечения, в том числе запечатление преступления (фотографирование, видеосъемка), сохранение личных предметов, принадлежащих жертвам, целью чего является использование их как метки, следа, позволяющего отличить события собственной психической жизни (фантазии) от реальности, или как стимула для фантазирования, или извлечения воспоминаний о реальных парафильных действиях из памяти, сопровождающегося мастурбацией и достижением сексуального удовлетворения; диссоциативные расстройства, проявляющиеся в отчуждении поведения или эмоций с последующими сомнениями в принадлежности ему совершенных противоправных действий, которые могут являться причиной для возвращения на место преступления.

Из особенностей невербального поведения характерна внешняя фемининность, усиливающаяся в стрессовой ситуации и проявляющаяся в преобладании мимики и поз над жестами.

В анамнезе высоковероятно привлечение к уголовной ответственности за сексуальные и несексуальные преступления (кражи, бродяжничество), особенно за однородные сексуальные преступления.

В плане прогноза представляются вероятным предположение о том, что новая «серия» может начаться примерно с таким же интервалом — т.е. в июне—июле

2000 г. Если этого не произойдет, то правомерным будет предположение об «утрате» субъекта преступления — либо в физическом смысле (смерть или смена места жительства), либо в психическом (дезактуализация патологического влечения вследствие психической или соматической болезни). В отношении места обнаружения жертв и частоты преступлений высоко вероятно сохранение прежних закономерностей.

Возможна динамика криминального поведения в виде появления эпизодов удушения без изнасилования или других манипуляций с трупом.

Выводы:

1) сочетание клишированности криминального поведения с фиксированным по внешним признакам выбором объекта (девушки «легкого поведения» 23—25 лет с длинными волосами и достаточно выраженными вторичными половыми признаками в состоянии алкогольного опьянения) позволяет утверждать, что все рассматриваемые преступления совершены одним человеком;

2) преступник с высокой степенью вероятности страдает парафилией в форме сексуального садизма с некрофильными тенденциями;

3) вышеперечисленные особенности психического и сексуального развития преступника могли послужить причиной обращения его родителей или его самого в разные периоды жизни к врачам, что делает возможным поиск лиц с подобными расстройствами в архивах соответствующих медицинских учреждений;

4) вышеперечисленные особенности криминального анамнеза могли найти отражение в эпизодах привлечения к уголовной ответственности, что делает возможным поиск случаев подобного поведения в архивах органов внутренних дел;

5) вышеперечисленные особенности биографии и характеристик подобных лиц делают возможным сужение круга подозреваемых.

Рекомендуется проведение следующих оперативно-розыскных мероприятий:

1) поиск в архивах психоневрологических учреждений (диспансер и больница) карт лиц 1965—1975 гг. рождения, обращавшихся самостоятельно (или обращение родителей) по следующим причинам: нарушения поведения в детском и подростковом возрасте (патологическая замкнутость, истязания и убийства животных, ранние сексуальные игры или онанизм, эпизоды переодевания в женскую одежду или кражи женского белья, обнажение половых органов перед другими), жалобами на мнимые физические уродства;

2) поиск в архивах органов внутренних дел случаев привлечения к ответственности лиц того же возраста за эксгибиционизм, появление в женской одежде, изнасилования (особенно неоднократные), кражи, бродяжничество. Особое внимание следует обратить на случаи изнасилования или других сексуальных преступлений, совершенных в месте нахождения потерпевших (6, 9, 10).

Комментируя данный случай, необходимо заметить, что анализ поведения преступника осуществлялся в основном в пределах компетенции специалиста-сексолога, с вынужденными экскурсами в область психопатологии, поэтому несомненен его «диагностический» характер. Привлечение таких специалистов, как криминальный психолог, судебный медик, возможно, позволило бы дополнить сделанные выводы.

Поскольку в тексте справки содержится изложение основных предикторов агрессивного сексуального поведения, будет логичным привести и результаты исследования 80 серийных сексуальных преступников, совершивших убийства [Потапов С.А., Ткаченко А.А., Ушакова И.М., Шостакович Б.В., Якубова А.В., 1994].

Начало активности — до 25 лет было совершено 55 % первых убийств, 65 % преступников — жители города, 61 % — имели среднее образование; у ⅓ обследованных работа была связана с разъездами или давала возможность бесконтрольного ухода с рабочего места; у 11 из 80 — выбор профессии и характер работы был связан с объектом влечения и/или способом его реализации. Более 50 % преступников увлекались различными видами кол-

лекционирования: в половине случаев это были порнографические изображения, у 3 — предметы, связанные с жертвами (фетишизм), каждый пятый увлекался агрессивными видами спорта (бокс, борьба) или охотой. Женатых было 49 %, из них в половине случаев поздний брак, в половине случаев отмечались конфликтные отношения с женой, в половине — доминантная роль в семье. При наличии детей более половины из них были равнодушны к ним или жестоки. 40 % преступников воспитывались в неполной семье, привязанность к родителям отмечалась только у 4 %, тип воспитания — гипоопека и «ежовые рукавицы» у 40 %, а аутистические игры в детстве отмечались у одной трети. У многих наблюдались также сексуальные притязания в допубертате (в тех случаях, когда удалось получить сведения). В 40 % случаев не выявлено предпочтений в контактах по полу и возрасту, в 30 % случаев предпочитались контакты с женщинами. В 60 % случаев отмечались проявления несексуальной агрессии и садизма к окружающим, в 35 % случаев — несексуальные расстройства влечений; 46 % преступников привлекались к уголовной ответственности, из них 25 % — за кражи, 50 % — за насильственные и ненасильственные сексуальные действия, 25 % — за насильственные несексуальные правонарушения. Треть обследованных лечились у психиатров, причем 25 % в стационаре. У 60 % выявлялись особенности личности — шизоидные черты (25), эпилептоидно-эксплозивные (21), у 25 % отмечались аутоагрессия и попытки самоубийства. В 73 % случаев при обследовании были выявлены признаки органического поражения ЦНС, 67 % преступников осознавали патологический характер своей половой активности. Развитию сексуального садизма предшествовали визионизм (25 %), эксгибиционизм (11 %), фроттеризм (9 %). По формам парафилий в 23 % случаев отмечалась педоэфебофилия, в 24 % — геронтофилия, в 26 % случаев — некрофилия.

Таким образом, ***основными целями*** «проспективного портрета» могут быть:

1) ограничение количества версий в ходе розыскной деятельности с выделением в качестве достоверной гипотезы о серийном сексуальном убийце;

2) выдвижение прогностических гипотез о вероятном поведении преступника на основе анализа закономерностей временной динамики осуществляющегося поведения;

3) построение гипотез о возможных психопатологических и сексопатологических нарушениях преступника на основе моделирования аномального поведения;

4) определение достоверных гипотез о личностно-типологических свойствах и о патографических характеристиках разыскиваемого лица;

5) сопоставление выделенных типологических свойств и социально-статусных характеристик с данными о подозреваемом в содеянном.

В соответствии с данными целями ***основные задачи (этапы)*** в ходе моделирования могут быть сформулированы следующим образом:

1) проведение поведенческой реконструкции отдельных криминальных эпизодов с особым анализом этапа ухаживания, копулятивного цикла и постгомицидной стадии (виктимологический, временной, территориальный анализ и т.д.);

2) сопоставление различных эпизодов с выявлением стержневых паттернов для установления поведенческого стереотипа преступника;

3) разграничение типичных признаков и паратипических факторов, оказывающих лишь модифицирующее влияние на поведение в условиях изменяющихся ситуативных воздействий;

4) выделение из совокупности сходных преступлений однородных деликтов, с высокой степенью вероятности относящихся к серии деяний одного субъекта;

5) соотнесение модельной структуры поведения с клиническими картинами известных видов патологического поведения с выдвижением наиболее вероятной гипотезы о механизмах данных преступлений (психотических, патосексологических, неболезненных);

6) расшифровка символических включений в рисунок поведения с предположением о их смысловом насыщении и вычленением ключевых конфликтных образований;

7) сопоставление предполагаемого механизма преступления с нарушениями поведения при нозологических формах психических расстройств, вариациями психосексуальных нарушений или достоверно чаще сочетающихся с ними типологических патохарактерологических свойствах;

8) выделение достоверных патографических характеристик, стратегий поведения и межличностного взаимодействия в профессиональной, брачной и других внекриминальных сферах жизнедеятельности на основе известных дизонтогенетических, микросоциальных и патопсихологических условиях формирования однотипных патологических форм поведения.

В заключение следует сказать, что представляется целесообразным централизация работы по составлению «проспективного портрета» с организацией единой группы специалистов из различных учреждений МЗ и МВД РФ под эгидой Генеральной прокуратуры. Одной из задач этой группы должно быть создание российской базы данных по серийным сексуальным преступникам.

Глава 16

Меры медицинского характера и терапия юридически значимых сексуальных расстройств

Соотношение правовых и организационных норм оказания психиатрической помощи станет совершенным в том случае, когда они будут способствовать реализации наиболее адекватных терапевтических и психокоррекционных программ. Эти нормы в идеале должны отражать дифференциацию контингента больных и специфику лечебных воздействий при различных расстройствах. Существует некоторый пессимизм в отношении результативности терапии лиц с патологическими сексуальными влечениями. К сожалению, эти установки, основанные на незнании принципов лечения таких субъектов, нередко в явной или неявной форме определяют и экспертные подходы, основанные на нецелесообразности экскульпации и применения медицинских мер как заведомо безуспешных. В немалой степени этому способствует и сложившаяся в самой сексологии практика, фактически исключающая в настоящее время из числа своих пациентов лиц с парафилиями. Так, в основном руководстве по частной сексопатологии среди противопоказаний к сексологическому лечению называются психические заболевания, алкоголизм, ядерные психопатии, интеллектуальная недостаточность, а также «безволие и пассивность» больных [Голанд Я.Г., 1983].

Немногим отличаются и современные рекомендации, указывающие на склонность к правонарушениям и опасным действиям, т.е. на социальные критерии, как на главное показание для направления пациента к психиатру, не обладающему необходимыми знаниями для проведения специфической терапии. Единственным выходом из данной ситуации, по мнению многих специалистов, может быть подготовка кадров судебных сексологов, для которых базовым должно являться психиатрическое образование. Это непременно будет способствовать применению наиболее эффективных методов лечения парафилий.

16.1. Хирургические методы коррекции аномального сексуального поведения

Исторически первым методом лечения парафилий явилась хирургическая кастрация. Возможность применения кастрации к совершившим половые преступления «сексуальным психопатам» в Финляндии, Швеции, Голландии, Дании и в ряде штатов Америки предусматривалась специальными законами. Так, в соответствии с датским «Законом о стерилизации и кастрации» от 11 мая 1935 г. вопрос о добровольной кастрации решал министр юстиции, «если половое влечение лица, ходатайствующего об этом, подвергает его опасности совершить преступные деяния и поэтому представляет опасность для общества или если это влечение причиняет ему психические страдания или вредит его общественному положению». В этом законе значилось, что ходатайство о кастрации могло исходить также от администрации соответствующего учреждения, в котором содержится такое лицо. Кроме того, суд был вправе в приговоре или позднее (если в приговор включалась соот-

ветствующая оговорка) сделать распоряжение о производстве принудительной кастрации в тех случаях, когда виновный совершил или пытался совершить изнасилование или другие предусмотренные в этом законе тяжелые преступления против нравственности, характеризующие его как опасного в этой области правонарушителя и дающие основания опасаться, что половое влечение толкнет виновного на совершение новых аналогичных преступлений, а угроза подвергнуться наказанию его от этого не удержит.

В соответствии с финским законом о кастрации от 17 февраля 1950 г. устанавливалось, что принудительной кастрации могло быть подвергнуто лицо на основании вступившего в законную силу приговора, которым оно признано виновным в совершении или покушении на такое преступление, которое свидетельствует, что осужденный вследствие своего полового влечения представляет опасность для других лиц. Кроме того, кастрации могли быть подвергнуты психически дефектные или хронически душевнобольные лица, содержащиеся в психиатрической больнице или подобном заведении, если такие лица вследствие своего полового влечения опасны для окружающих, в подтверждение чего представлено достаточно доказательств. В ряде государств, в которых допускалась кастрация, лицу, совершившему сексуальное преступление, предлагался выбор между добровольным согласием на нее или многолетним заключением в тюрьме.

В исследованиях, посвященных изучению уровней посткастрационного рецидивизма у сексуальных правонарушителей, наиболее значимыми признаны четыре уровня (табл. 16.1).

Таблица 16.1. **Результаты исследований посткастрационного рецидивизма**

Автор	Длительность катамнеза, годы	Число обследованных	Частота рецидивов	
			до кастрации, в процентах	после кастрации, в процентах
Langeluddeke D. (1963)	20	1036	84	2,3
Cornu L. (1973)	5	127	76,8	4,1
Bremer J. (1959)	5—10	216	58	2,9
Sturup G. (1972)	30	900		2,2

Таким образом, лонгитудинальное изучение в общей сложности более 2000 случаев позволило сделать вывод, что если частота рецидивов по различным группам сексуальных преступников до кастрации колебалась от 58 до 84 %, то после нее снизилась до 2,2—4,1 %. В настоящее время эта операция осуждается по этическим соображениям и в большинстве развитых стран не проводится. В немалой степени на это повлияло бремя воспоминаний о практике гитлеровской Германии, где хирургическая кастрация применялась одновременно с газовыми камерами в отношении 600 тыс. учтенных гомосексуалистов так же, как и для миллионов других людей.

Не менее радикальными методами терапии патологических сексуальных влечений являлись стереотаксические операции. В 1936 г. Freeman и Walts предложили метод фронтальной лоботомии, который стал применяться у агрессивных сексуальных преступников. Однако опыт изучения отдаленных последствий и эффективности этого метода показал, что в некоторых

случаях аномальное сексуальное поведение продолжается и даже приобретает более агрессивный характер. J. Bradford (1988) считает, что стереотаксическая хирургия в настоящее время имеет в большей степени теоретическое значение, что связано со сложностью лечения и трудностями в определении очага поражения. Это правомерно в тех случаях, когда единственным показанием для оперативного вмешательства является наличие парафилии. Когда же парафильное поведение возникает при поражениях определенных структур мозга или проявляется в рамках эпилептических пароксизмов, нейрохирургическая операция может рассматриваться также как метод лечения парафилий. Например, имеются описания исчезновения перверсий после односторонней височной лобэктомии [Mitchell W., Falconer M.A., Hill D., 1954]. Одновременно с развитием стереотаксической нейрохирургии появилась возможность вмешательства на строго локализованных областях мозга. Отмечается хороший эффект деструкции вентромедиальных ядер таламуса при обсессивно-компульсивных расстройствах, особенно при сочетании их с тревогой [Каплан Г.И., Сэдок Дж., 1994].

16.2. Химиотерапия аномального сексуального поведения

В настоящее время наиболее актуальными методами лечения лиц с аномальным сексуальным поведением являются следующие. Одними из первых стали попытки использования для лечения сексуальных девиаций гормональных препаратов одновременно в Германии [Ott F., Hoffet H., 1968; Laschet U., Laschet L., 1971] и США [Migeon C.J. et al., 1969]. Не имевшие поначалу клинически значимых результатов, они стали более успешными с появлением нового класса гормонально-активных препаратов — так называемых антиандрогенов (ципротеронацетат, медроксипрогестерона ацетат, флютамид и др.), позволяющих довольно быстро получить выраженный клинический эффект, выражающийся в снижении либидо, потере общей активности, а иногда — в утрате сексуальной мотивации. Механизм действия антиандрогенов заключается в ускорении метаболизма тестостерона в печени, блокировании интрацеллюлярных каналов метаболизма андрогенов и связывании адреночувствительных рецепторов ЦНС.

Ципротеронацетат (андрокур). Средняя доза составляет 100—200 мг в сутки. Лечение проводится по следующей схеме: первые 10 дней по 50 мг 2 раза в сутки, затем доза увеличивается до прекращения сексуальных фантазий и редукции сексуального возбуждения.

Метоксипрогестерона ацетат (депо-провера). Лечение проводится по схеме: 300—400 мг вводят внутримышечно 1 раз в 10 дней. Контроль уровня тестостерона в плазме крови (норма для мужчин 550 мкг/100 мл) осуществляется 1 раз в месяц. Далее в течение первого месяца назначают такие же дозы, затем 200 мг 1 раз в 15 дней в течение 1 мес, затем 150 мг 1 раз в 15 дней в течение 2 мес.

Имеются данные об успешном применении ципротеронацетата при амбулаторном лечении пациентов, совершивших сексуальные правонарушения, причем данный вид специфической терапии определяется судом, в том числе в случаях выбора самих пациентов как альтернативы тюремному заключению [Micheroli R., Battegay R., 1985]. Аналогичные результаты описаны в сообщении А. Cooper и соавт. (1987), применявших ципротеронацетат при лечении гомосексуальной педофилии и отметивших наступление быстрого эффекта в виде исчезновения аномального влечения.

Австралийские авторы [McConagly N. et al., 1988] описали свой метод лечения лиц, совершивших сексуальные правонарушения, который заклю-

чался в приеме антиандрогена и/или проведении интенсивной психотерапии. Как и следовало ожидать, наиболее эффективным оказалось сочетание фармакологического и психотерапевтического воздействий.

При обсуждении эффективности применения депо-провера [Robinson J., 1995] многие участники конференции по лечению сексуальных преступников, проходившей в Амстердаме, говорили о том, что одним из отрицательных факторов воздействия антиандрогенов является снижение общего тонуса пациентов с выраженной негативной реакцией на это воздействие. Г. Кокотт (1992) также отмечал, что в исследованиях, посвященных анализу эффективности антиандрогенов, недостаточно данных катамнеза и остается неясным, когда следует прекращать лечение, хотя некоторые из имеющихся результатов свидетельствуют о значительной эффективности данного вида терапии (табл. 16.2)

Таблица 16.2. **Оценка рецидивности при лечении ципротеронацетатом**

Авторы	Катамнестический период, годы	Число обследованных	Частота рецидивов	
			до лечения, в процентах	после лечения, в процентах
Horn J. (1973)	1—4,5	33	100	0
Fahndrich E. (1974)	3	14	93	0
Davies T. (1974)	3	16	100	0
Appelt M. и соавт. (1974)	1,5	6	100	16,7
Jost F. (1974)	4	10	100	0
Jost F. (1975)	3	11	54	0
Baron D. и соавт. (1977)	1	6	50	0

Побочные эффекты антиандрогенов разделяются на ранние и поздние (табл. 16.3).

Таблица 16.3. **Побочные эффекты действия антиандрогенов**

Длительность лечения, мес	Эффект
0—2	Снижение уровня сывороточного тестостерона, угнетение эрекции, эякуляции и сперматогенеза, уменьшение сексуальных фантазий, утомляемость, гиперсомния, снижение активности. Возможны раздражительность, эмоциональная подавленность. Уменьшение интенсивности сексуального влечения, редукция психопатологических образований, сопровождавших повышенное сексуальное влечение (таких, как эмоциональная неустойчивость, чувство внутреннего напряжения). Возможны отрицательный азотный баланс, увеличение массы тела
3—4	Нормализация азотного баланса, кальциевого и фосфатного метаболизма
6—8	Возможно появление психомоторной заторможенности и временной гинекомастии, уменьшение оволосения тела, увеличение волос на скальпе, уменьшение сальной секреции

Перспективным, по-видимому, может явиться также использование негормональных препаратов, которые оказывают специфическое отрицательное влияние на половое влечение у мужчин, сравнимое с эффектом гиперпролактинемии. Среди этих препаратов можно назвать б е н п е р и д о л — вещество, угнетающее дофаминовую передачу [Банкрофт Дж., 1993].

П с и х о т р о п н ы е п р е п а р а т ы. При решении вопроса о показаниях к назначению этой группы препаратов следует анализировать фактор коморбидности, т.е. наличия сопутствующих или «оформляющих» парафилии психопатологических расстройств. Необходимо учитывать следующие психопатологические феномены, имеющие значение для подбора эффективной терапии: 1) аффективные расстройства, возникающие перед реализацией парафильного акта и в процессе его; 2) характер аномального сексуального влечения — навязчивый, обсессивно-компульсивный, импульсивный; 3) пароксизмальность реализации патологического сексуального влечения.

E. Hollander (1993), S. McElroy (1994) предлагают расположить большинство коморбидных расстройств при аффективных психозах в виде континуума переходных форм по оси «компульсивность—импульсивность», что имеет важное значение для выбора терапевтического подхода. К более компульсивным (в порядке убывания выраженности) они относят обсессивно-фобическое расстройство, дисморфофобию. Эти расстройства, по мнению авторов, более ассоциируются с рекуррентной (униполярной) депрессией; их патогенез связан с нарушением серотонинергической функции, поэтому наиболее эффективным является применение к л о м и п р а м и н а (анафранил, гидифен) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. К «более импульсивным» (в порядке убывания выраженности) относятся нарушения контроля импульсивных влечений, патологические игроки, клептомания, пиромания. Эти нарушения более ассоциированы с биполярным аффективным психозом, в их патогенезе несколько бо́льшую роль играют норадренергические механизмы, и, следовательно, при них более эффективны а н т и д е п р е с с а н т ы с преимущественно норадренергической активностью (дезипрамин, мапротилин, имипрамин, амитриптилин) и н о р м о т и м и ч е с к и е с р е д с т в а (соли лития, карбамазепин). Промежуточное положение занимают патологическое (компульсивное) влечение делать покупки и паническое расстройство. Патогенез указанных расстройств, вероятно, обусловлен более сложными, смешанными серотонин- и норадренергическими механизмами, и при них, как правило, помогают антидепрессанты разных химических групп (ингибиторы МАО, гетероциклические препараты, ингибиторы обратного захвата серотонина). По мнению С.Н. Мосолова (1995), предлагаемая схема, хотя отличается эклектичностью и требует подтверждения дополнительными исследованиями, с терапевтических позиций может служить ориентиром для дифференцированного выбора фармакотерапии.

Связь обмена серотонина и сексуального поведения [Spoont M., 1992], с одной стороны, и серотонинергических нарушений и обсессивно-компульсивных расстройств [Rappaport J., 1989], с другой, привлекла внимание исследователей в плане возможностей лечения и парафилий. В последнее время обсессивно-компульсивные, импульсивные расстройства, в том числе сексуальное агрессивное поведение, детский аутизм, дисморфофобические нарушения, стереотипы, т.е. те синдромы, которые характерны для динамики парафилий, рассматриваются как связанные с серотонинергическим дефектом. Есть сообщения об успешном использовании ф л у о к с е т и н а (прозак) при лечении парафилий с обсессивно-компульсивным

характером аномального полового влечения, например фетишизма, вуайеризма [Emmanuel N.P. et al., 1991; Lorefice L.S., 1991; Perilstein R.D. et al., 1991], особенно при их насильственных формах [Kafka M., 1991]. Положительный эффект применения к л о м и п р а м и н а (анафранил) [Clayton A.H., 1993] у этих лиц косвенно подтверждает наличие у них серотониновой дисрегуляции, связанной с обсессивно-компульсивными симптомами.

Флуоксетин (прозак) показан и при личностной патологии, сопровождающейся чрезмерной раздражительностью, вспышками агрессивности [Cornelius J. et al., 1991]. Препарат применяют 1 раз в день или 1 раз в 2—3 дня в средних дозах от 20 до 40 мг утром с пищей. Реже дозу повышают до 80 мг. Первые признаки клинического эффекта появляются к концу 1-й недели лечения. Эффект становится более выраженным через 3—4 нед и постепенно нарастает в течение 2—3 мес. Возможно побочное действие — диспепсические расстройства, сексуальные нарушения (снижение либидо, преждевременная эякуляция, задержка оргазма). Флуоксетин в сочетании с трициклическими антидепрессантами может повышать их концентрацию в плазме, а в сочетании с нейролептиками усиливать экстрапирамидную симптоматику. Способствует также повышению седативного эффекта барбитуратов, диазепама и альпразолама; увеличивает уровень в крови карбамазепина и вальпроата, что может вызвать токсические реакции. Этот препарат нельзя сочетать с ингибиторами МАО, а при последовательном их применении необходим двухнедельный перерыв. Противопоказан детям, больным эпилепсией.

При использовании нормотимиков, в частности лития, предполагается, что последний стимулирует пресинаптическое превращение L-триптофана в серотонин, поэтому целесообразным считается его применение при обсессивной половой дисфории, нарушениях половой идентичности, для которых, как и для обсессивно-компульсивных расстройств, характерна недостаточность серотонинергических систем лимбической коры, базальных ганглиев и лобных долей [Coleman E., Cesnik J., 1990].

Связь парафильных реализаций с психомоторными пароксизмами при височной эпилепсии определяет показания к назначению антиконвульсантов, в частности к а р б а м а з е п и н а (финлепсин).

16.3. Психотерапия при аномальном сексуальном поведении

16.3.1. Основные формы психотерапии сексуальных преступников

В целом можно согласиться с широко распространенным мнением, подкрепленным результатом исследований [например, Smith M., 1982], что эффективность психотерапии мало зависит от подготовки и опыта психотерапевта, длительности лечения и применяемых методик. В свое время F. Perls (1976) утверждал, что «всякая психотерапия адекватна и эффективна», но здесь необходимо добавить только одно, — при условии, что психотерапевту удается разделить психическую реальность пациента и неважно, на каком уровне — когнитивном или аффективном.

Высказывается мнение, что эффективность терапии в условиях тюремного заключения сомнительна [French L., 1991], хотя имеются статистические подтверждения эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии у сексуальных преступников [Hall G., 1995]. И. Кемпер (1994) приводит цифры

рецидивности сексуальных преступников, которые, по данным разных авторов, колеблются от 11 до 49 %. В Чехии, например, рецидивы после комбинированной терапии составляют менее 20 % [Weiss P., 1995]. У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни (1998), приводя данные Д. Эйбла об успешности используемых им программ лечения лиц с парафилиями в 85 % случаев, все же разделяют мнение D. Laws (1989) о малой их эффективности.

По-видимому, разные цифры рецидивности обусловлены не только клинической неоднородностью пролеченных пациентов (во многих работах термин «сексуальные преступники» вообще не расшифровывается), но и разными критериями эффективности терапии. Кроме очевидных клинических критериев, таких как отсутствие аномального поведения или фантазий, контроль за эффективностью лечения может осуществляться с помощью метода плетизмофаллографии [Becker J., Kaplan M., Kavoussi R., 1989, и др.]. Г. Кокотт (1992) в обзоре лечения парафилий приводит примеры таких критериев, как «изменения в социальной сфере», психологическое исследование.

Психотерапевтические методы можно условно разделить по направленности [Киснер К., Фрайбергер Г. и др., 1999] на: 1) понимание и осмысливание симптоматики (психоаналитически ориентированная психотерапия, глубинная психотерапия); 2) катарсис и новую эмоциональную переработку (гештальттерапия, психодрама, сюда же можно отнести хамельн-модель); 3) изменение поведения (бихевиоральная терапия) (табл. 16.4, 16.5).

Таблица 16.4. **Опыт лечения сексуальных преступников методами поведенческой терапии**

Авторы, год	Группа пациентов	Вид терапии	Результат	Способ проверки результатов
Evans D. (1970)	Эксгибиционисты (20)	Адверсивная терапия (активное изменение позиций)	Прекращение перверсных мастурбационных фантазий	Отсутствие рецидива после прекращения лечения (10)
Abel G. и соавт. (1970)	Эксгибиционисты (3), трансвеститы (2), мазохист	Адверсивная терапия (электрошоковый контингент) — 5; то же, без электрошока — 1	Отсутствие реакции полового члена на «перверсный» стимул. Без изменений (контроль)	Физиологическая оценка (определение размеров полового члена)
Callahan E., Leitenberg H. (1973)	Эксгибиционисты (2), трансвестит, гомосексуалисты (2), педофил	а) адверсивная терапия; б) «covert sensitization» вначале а), потом б) (3) и наоборот (3)	Отсутствие реакции полового члена на «перверсный» стимул	Катамнез (1,5 года); беседа с больным и психологическое исследование
Rooth F., Marks I. (1974)	Эксгибиционисты: амбулаторно — 8, стационарно — 4	Поочередное применение методов вызывания отвращения, стимуляция самоконтроля, тренировки способности к расслаблению	Наиболее благоприятный результат (рецидив только у 4)	Самоотчет пациентов. Наблюдение велось в течение 1 года после лечения (катамнез)

Авторы, год	Группа пациентов	Вид терапии	Результат	Способ проверки результатов
Perkins D. (1987)	Педофилы (32), эксгибиционисты (19), гомосексуалисты (5), прочие виновные в изнасиловании (2). Во всех случаях — стационарное.	Контрольная группа (14)	Рецидив в основной группе пациентов — в 14 % случаев, в контрольной — 64 %	Катамнез — 4 года

К аверсионной терапии, использовавшейся одной из первых среди поведенческих лечебных программ, в настоящее время из-за серьезных этических сомнений прибегают редко.

Таблица 16.5. **Опыт лечения сексуальных преступников методом глубинной психотерапии**

Автор, год	Группа пациентов	Вид терапии	Результат	Способ проверки результатов
Conn H. (1949)	Педофилы (гетеросексуальные) — 8, эксгибиционисты — 4, педофилы (гомосексуальные) — 3, гомосексуалисты — 4, пироман — 1, написание писем и телефонные звонки — 3	Кратковременная аналитическая терапия в комбинации с гипнотической релаксацией	Хороший терапевтический эффект (без рецидивов) — 19. Время лечения: 6—12 мес — у 10; 1—2 года — у 4; 2—3 года — у 4; 3—5 лет — у 3; отказ в терапии — у 2, отказ от терапии (2)	Катамнез — до 8 лет
Brautigam W. (1966)	14 пациентов со следующими деликтами: эксгибиционизм — 6, педофилия (гомосексуалы) — 5, педофилия (гетеросексуалы) — 4, изнасилование — 2, фетишизм — 2, содомия — 2, инцест — 1	Контактная психотерапия по Gondsmit: 1-я фаза — установление контакта, 2-я фаза — «усиление Я», приобщение к окружающей жизни; 3-я фаза — выявление, вскрытие конфликта	Отсутствие необходимости в дальнейшем лечении — 7, рецидив — 1, возникновение необходимости в дальнейшем лечении — 5, рецидив в период лечения — 1	Катамнез — от 1 года до 2 лет
Hackett T. (1971)	Эксгибиционисты — 37	Краткая аналитическая терапия, период лечения от 6 мес (у 16) до 14 лет, по 50 мин в неделю	Без рецидива — 33; рецидивы после прекращения терапии — 4	Катамнез — от 2 до 14 лет

Автор, год	Группа пациентов	Вид терапии	Результат	Способ проверки результатов
Petri H. (1980)	Эксгибиционисты — 14, гомосексуалисты — 3, пациенты с «болезненной» мастурбацией — 2, пациент с преждевременной эякуляцией — 1	Краткая аналитическая терапия в комбинации с антиандрогенными препаратами	«Очень хороший эффект» (устранение психических симптомов и социальная адаптация) — 6, «хороший эффект» (улучшение состояния) — 5; у 9 — «без эффекта» (лишь некоторое уменьшение интенсивности влечений). Рецидивы — в 33 % случаев	Катамнез — от 1 года 3 мес до 6 лет

Как указывают Г. Каплан, Б. Сэдок (1994), наиболее часто используемым подходом к лечению парафилий служит психотерапия, ориентированная на восстановление критики. Больной получает возможность понять свое состояние и явления, которые обусловили парафилию. Цель психотерапии — восстановить самооценку, улучшить межличностные отношения и найти способы совершать нормальные сексуальные сношения. Клинические подходы к лечению нарушений половой идентичности теоретически убедительно обосновываются психоаналитиками в рамках теории конфликта/защиты [Sugar M., 1995]. Однако условием для успешности психоаналитической терапии являются способность к рефлексии (и возможность излагать свои переживания в психологических терминах), эмпатии и коммуникации [Урсано Р., Зонненберг Л., Лазар Д., 1992], что у сексуальных преступников наблюдается редко. Часто выявляющиеся нарушения когнитивной и эмоциональной сфер у обследованного контингента неизбежно будут значительно снижать эффективность подобной терапии, что обусловливает необходимость дифференцированного подхода к пациентам.

Основное внимание в настоящее время уделяется методам психотерапии, которые позволяют параллельно с редукцией сексуальной девиантности формировать обычное гетеросексуальное поведение, дефицит которого имеется у большинства пациентов. Одновременно проводится коррекция личностных нарушений в виде чувства неполноценности, страха перед общением, трудностей социальных контактов. Оптимизм вселяют данные E. Schorsch и соавт. (1985), показавших, что даже в самой неблагоприятной в прогностическом отношении группе социально дезинтегрированных лиц в ⅓ случаев отмечался терапевтический эффект при проведении комбинированной психотерапии (табл. 16.6).

Данные, приведенные в таблице, не единственное свидетельство результативности комбинированного психотерапевтического воздействия на указанную категорию пациентов. Так, с 1973 г. Королевский университет Онтарио осуществляет специальную программу, охватившую к 1988 г. только 100 человек, совершивших сексуальные действия в отношении детей [Mar-

Таблица 16.6. **Опыт лечения сексуальных преступников с применением концепции обучения и комбинированной техники**

Авторы, год	Группа пациентов	Вид терапии	Результат	Способ проверки результатов
Schorsch E. и соавт. (1985)	Эксгибиционизм перед женщинами — 25, эксгибиционизм перед детьми — 21, сексуальные правонарушения в отношении детей — 23, агрессивные сексуальные действия в отношении женшин — 11, прочие (фетишизм и др.)	«Открытая терапевтическая форма»; индивидуальный подход на основе психодинамического понимания симптоматики; методы и техника директивного усиления самоконтроля (прагматический подход)	В 1/3 случаев — хороший результат; в 2/3 — средний; 2/3 — плохой. Рецидивы — в 27 % случаев. Связи между терапевтическим эффектом и появлением рецидивов не было	Оценка результатов на основе самоотчетов пациентов — сексуальных преступников и больных контрольной группы, самостоятельно обратившихся за лечением; катамнез — 2,5 года (59 %). В остальных случаях оценивались изменения: 1) девиантной симптоматики; 2) в социальной области; 3) интенсивности психических симптомов

shall W.L., Barbaree H.E., 1988]. Терапевтическая программа направлена на две главные области — сексуальное поведение и социальную компетенцию. Одновременно предпринимается попытка дифференцированного учета трех видов проблем, влияющих на девиантное сексуальное поведение: 1) стрессогенная уязвимость, исходя из данных, которые указывают на роль стресса в генезе различных вариантов нарушенного поведения; 2) связь девиаций поведения с неспособностью к сексуальному взаимодействию или отсутствием удовлетворения от подобного взаимодействия; 3) зависимость действий или соответствующих состояний от нарушений усвоения социальной роли. Эти акценты определяют сочетание поведенческих и групповых видов психотерапии. Результаты вполне убедительны. Так, авторами было представлено сопоставление данных рецидивности у 53 нелеченых и 64 прошедших курс лечения пациентов за период, достигавший в среднем 42—44 мес. Оказалось, что в целом рецидивизм в первой группе составлял 32 %, а во второй — 14 %.

При анализе рецидивизма выявились неожиданные закономерности, например в отношении такого феномена, как интромиссия (оральная или анальная), выступавшей в роли четкого предиктора рецидивизма в обеих группах гетеросексуальных правонарушителей (табл. 16.7). Вместе с тем был подтвержден высокий уровень латентности девиантной активности. Так, среди 26 человек, совершивших девиантные акты повторно, только 11 были идентифицированы официально. То же касалось и их жертв, из которых в официальных отчетах значилось только 15, тогда как, согласно неофициальной информации, еще 25 детей были вовлечены в девиантную активность. Эти материалы свидетельствуют, в частности, о том, что контакт парафильных личностей с психиатрами может быть более продуктивным и нести более достоверную информацию по сравнению со сведениями, получаемыми в ходе процессуальных действий.

Таблица 16.7. **Частота рецидивизма по группам, в процентах**

Объект активности	Лица, не получавшие лечение			Лица, прошедшие курс лечения		
	с интромиссией	без интромиссии	всего	с интромиссией	без интромиссии	всего
Гетеросексуальный педофильный	83 (n = 6)	23 (n = 13)	42 (n = 19)	30 (n = 10)	12 (n = 17)	19 (n = 27)
Гомосексуальный педофильный	40 (n = 5)	43 (n = 7)	42 (n = 12)	14 (n = 7)	14 (n = 7)	14 (n = 14)
Инцестные действия	27 (n = 11)	9 (n = 11)	18 (n = 22)	18 (n = 11)	0 (n = 12)	9 (n = 23)

Все большее распространение в США, Швеции и Германии получает так называемая хамельн-модель, используемая в отношении несовершеннолетних сексуальных насильников, которые проходят лечение в группах вне тюрьмы. Суть психотерапевтического семинара заключается в обучении самоанализу и эмоциональному отреагированию. Занятия проводятся несколькими психологами с помощью «эмансипированных» женщин из движения Хамельна. При этом присутствуют также матери преступников и родители или знакомые жертвы, которые описывают обстоятельства правонарушения. В результате психотерапии пациенты постепенно приходят к изменению своего поведения в отношениях с женщинами, соответствующим образом меняется и внутренняя установка на эти отношения. По мнению H. Tugel и M. Heilemann (1987), у сексуальных преступников, прошедших полный курс по коррекции полоролевого поведения, не должно возникать рецидивов. Данный метод близок также к методикам коррекции эмпатических способностей, получающих в последнее время все большее распространение. При этом возникают и новые задачи по дифференциации контингента больных. Так, W.D. Pithers (1994), формируя психотерапевтические группы, оценивал с помощью специальной серии тестов соответствующие особенности. Оказалось, что у педофилов по сравнению с насильниками выявлялась бóльшая эмпатия как до лечения, так и после него. Неожиданностью при этом явилось отсутствие при сравнении этих групп различий в когнитивных нарушениях вопреки ожиданиям бóльших нарушений при насильственном сексуальном поведении. В целом же результаты анализа показали, что высоко специализированное воздействие может существенно повысить эмпатию по отношению к жертвам и уменьшить риск осуществления сексуального насилия.

Особое направление представляет собой использование в обучении сексологических программ. Данный подход основывается на понимании сексуальных девиаций как вторичных нарушений поведения по отношению к ранним неблагополучным социальным факторам, приводящим к неполноценной социализации [Watson R.J., Stermac L.E., 1994]. Неадекватность и неполнота сексуальных познаний рассматриваются как одна из основных проблем сексуальных преступников, в том числе отбывающих тюремное наказание [Woodward R., 1980], сексуальных преступников юношеского возраста [Abel G.G. et al., 1986] и педофилов [Crawford D.A., 1981]. Поэтому сексуальное обучение стало включаться как компонент более общих терапевтических программ. F.H. Knopp и соавт. (1992) отмечали, что сексуальное обучение являлось частью терапевтического воздей-

ствия в 88 % случаев у 1461 сексуального преступника, охваченного в США различными терапевтическими программами. Специалисты английского госпиталя Бродмур [Quayle M., Deu N., Giblin S., 1998], не отрицая релевантности данного метода для лиц с сексуальными девиациями, подчеркивают, однако, что сексуальные преступники по имеющемуся дефициту сексологических познаний не отличаются от несексуальных правонарушителей. Тем не менее вывод, к которому они приходят, заключается в том, что в подобном обучении нуждаются все психически больные, ставшие правонарушителями.

16.3.2. Патогенез и методологические проблемы психотерапии при аномальном сексуальном поведении

В последнее время все большее признание в психотерапии получает онтогенетический подход. Указывается, что необходима направленность психотерапевтического процесса не только в настоящее («здесь и теперь»), но и в прошлое («тогда и там»), в виде позитивного регресса к онтогенетически ранним уровням функционирования с целью их актуализации, доразвития и использования в качестве дополнительного резерва адаптации. Полагают, что психотерапевтический эксперимент должен идти в сторону ближайшего будущего («вскоре и вблизи») [Шевченко Ю.С., 1996]. Подобный подход имеет теоретическое обоснование: высказывается мнение, что со схемой формирования функциональной асимметрии полушарий головного мозга во многом совпадают периодизации психосоциального развития по Э. Эриксону, формирование типологических функций по К. Юнгу, И. Майерс-Бриггс. Поэтому в определенных функциональных состояниях с возрастной регрессией может происходить высвобождение онтогенетически ранних форм организации взаимодействия полушарий, а измененные состояния сознания, имитирующие функциональные состояния, характерные для определенных возрастных периодов с соответствующей им сенситивностью, создают возможность направленного формирования личностных изменений у пациента в процессе психокоррекции [Белгородский Л.С., Сандомирский М.Е., 1996]. Причем эти изменения носят стойкий характер тогда, когда они происходят вначале на «нижних этажах» организации психики, производя затем соответствующую реорганизацию на более высоких уровнях по принципу цепной реакции [Белгородский Л.С., Сандомирский М.Е., 1996].

Другое направление в современной психотерапии — работа с физическим «Я». А.В. Александрович, Г.Б. Аракелова и соавт. (1998) справедливо замечают, что «идея Е. Блейлера о том, что аутизм порождает многие психические расстройства, к сожалению, не была использована ни самим автором, ни другими учеными. То, как человек вживается в жизнь, воспринимает ее, проходит свой век от начала до конца, отражается в том, каким человек видит самого себя, может ли он смотреть на себя отстраненно, как на своего двойника. Имеется в виду не раздвоение личности, а принципиальная способность выходить за пределы своего "Я". Разрушение этой способности и есть аутизм, т.е. обращенность только на себя самого, с парадоксальной потерей умения видеть себя самого ("потеря лица"). Эта потеря приводит к выпадению из естественного общения, к замкнутой жизни внутри своего ложного времени и пространства». Анализируя механизмы воздействия метода психотерапевтического грима, авторы отмечают, что при этом происходит некоторая нервная разрядка, подобная эффекту компенсаторных воздействий (или, точнее, переадресованной активности),

изучаемых в этологии, что созвучно патогенетическим механизмам аномального сексуального поведения (см. главу 10).

Предложены новые методические подходы: соматопсихотерапия — работа с соматизированными эквивалентами психических состояний, когда пациент опредмечивает ощущения в теле [Ермошин А.Ф., 1996], метод телесно-смысловой интеграции [Станкевич Г.Л., 1996].

16.3.3. Стратегия и этапы психотерапии и психокоррекции аномального сексуального поведения

Целями психотерапии являются [Перрец М., 1995]: 1) субъективное благополучие пациента; 2) изменение симптомов и 3) более глубоких структур личности. Понятно, что последнее происходит редко, а если и происходит, то после первого и второго. Опыт психотерапевтической работы одного из авторов показал необходимость учета данных как психопатологического, так и психологического исследований, так как часто встречающаяся плохая осознаваемость своих психических состояний пациентами затрудняет правильную оценку их самоотчетов и психического статуса. Кроме того, в процессе психотерапии уровень критики к своему аномальному поведению у пациента, как будет показано ниже, меняется. Психологическое исследование, особенно с применением методик, направленных на характеристику полоролевой идентичности, полоролевых стереотипов и сексуальных предпочтений, способно дать достаточно объективную оценку динамики изменения глубинных структур личности.

Анализ литературы по психотерапии сексуальных преступников позволяет сделать вывод, что применяемые методики должны быть достаточно просты, их эффективность должна в минимальной степени зависеть от особенностей личности пациента, уровня его развития и образования. При этом психопатологическое, психологическое и нейропсихологическое исследования в совокупности позволяют достаточно полно оценить возможности применения и прогноз эффективности тех или иных психотерапевтических техник у пациента.

К преимуществам нейролингвистического программирования как метода при терапии сексуальных преступников относятся: 1) широкий набор методик, направленных на коррекцию всех трех компонентов идентичности (когнитивный, аффективный и поведенческий); 2) в рамках НЛП работа протекает в основном на уровне подсознания, вербальная сфера задействована в меньшей степени, что важно при наличии у пациентов алекситимических расстройств; 3) методики НЛП позволяют вести работу с нарушениями как психического, так и физического «Я».

Психотерапевтическая работа осуществлялась на базе отделения принудительного лечения психиатрической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Москвы и амбулаторного приема на базе той же больницы и ГНЦ им. В.П. Сербского в 1994—1999 гг. Длительность катамнестического наблюдения пациентов с различными формами парафилий и гомосексуальным поведением колебалась от 1 года до 4 лет. Ограниченный объем психотерапевтической работы позволяет лишь наметить основные принципы психотерапии лиц с аномальным сексуальным поведением.

Ниже приводятся клиническое описание и результаты психологического обследования больного Х. до и после курса психотерапии. Отдельные замечания об особенностях клинического состояния и хода терапии изложены в тексте (см. этапы психотерапии).

Испытуемый Х., 1977 г.р. Из материалов уголовного дела, со слов испытуемого известно следующее. Наследственность психопатологически не отягощена. Старший из 2 детей, взаимоотношения с матерью и отцом считает нормальными, однако отмечает, что отец мало времени проводил дома; воспитывался в основном матерью. Эмоционально был далек от обоих родителей, переживаниями с ними не делился. Близких друзей никогда не было, с трудом сходился с ровесниками, постоянно опасался, что его не поймут. Как следует из характеристики, за годы учебы показал «неплохие» способности, особый интерес проявлял к таким предметам, как литература, история, обществоведение, биология. Увлекался фотографией, стрельбой, чтением; по характеру был общительным, спокойным, уравновешенным, добрым, с живым воображением, «заядлым спорщиком». В возрасте 13 лет, по его словам, при падении с велосипеда кратковременно терял сознание, однако за медицинской помощью не обращался. После травмы беспокоили головные боли. Стал хуже переносить жару, физические нагрузки, быстро уставать на уроках; «драться прекратил, появилась какая-то трусливость». С 15 лет стал увлекаться коллекционированием холодного оружия — при его виде «чувствовал себя увереннее». После окончания 11 классов поступил в Высшую школу милиции, где, как известно из характеристики, учебную программу усваивал слабо, имел взыскания от руководства курса за нарушения учебной и служебной дисциплины; в коллективе авторитетом не пользовался, участия в общественной жизни курса и школы не принимал. Был скрытен, необщителен, «неуравновешен». Отмечались случаи «нечестности и трусости». Физически был развит слабо, своим физическим совершенствованием не занимался. Форменную одежду носил неаккуратно.

Из показаний отца известно, что Х. по характеру уравновешенный, спокойный, «нескрытный». По его словам, ничего необычного в его поведении он не замечал.

Сексологическое исследование: девочки стали нравиться с 13 лет, однако «влюбленностей» не было, привязанности ни к кому не испытывал. С 17 лет стал целоваться, однако особого удовольствия от этого не испытывал. С 13—14 лет в фантазиях и снах — половые акты с ровесницами. Мастурбация с 15 лет, частота 1—2 раза в неделю, иногда эксцессы до 2—3 в день. Первая эякуляция в 15 лет при ночной поллюции. Первый половой акт в 17 лет с 18-летней девушкой, по ее инициативе, оценивает как успешный, хотя «ожидал большего и был разочарован». С 5—7 лет появились фантазии, в которых представлял, как его по «голой попе» молодая красивая воспитательница бьет ремнем, при этом ощущал страх и возбуждение (в реальности такого не было). В этом же возрасте были игры с мальчиком, когда больной «изображал отца» и наказывал его шлепанием по голой попе. С 9—10 лет сюжет фантазий изменился: стал представлять себе, как он стегает мальчика такого же возраста ремнем, при этом тот стонет, что усиливало возбуждение. Осознал сексуальное влечение к мальчикам в 15 лет, когда впервые уговорил ровесника, чтобы тот изображал наказуемого, пытался разыграть сюжет из фантазий, во время чего возникло возбуждение со страхом и стыдом, сопровождавшееся эрекцией. Причинил тому боль, и они поссорились. С этого же времени такой же сюжет появляется в фантазиях при мастурбации. В последние 2 года стал на улице обращать внимание на мальчиков 9—11 лет, светловолосых, «интеллигентных»; «охотился» за ними, влечение возникало на фоне плохого настроения, после конфликтов. Во время поисков настроение «резко улучшалось», смутно воспринимал окружающее, мог ходить по городу часами без усталости. Обещал им деньги, конфеты, уводил в укромные места. Во время первой реализации, когда мальчик при «порке» застонал, обнаженные ягодицы вызвали желание совершить с ним половой акт через задний проход, что и сделал при следующем эпизоде. Всего было около 11 эпизодов. Пытался бороться с фантазиями, снимать напряжение мастурбацией, но это помогало на короткое время. Появились сны подобного содержания, воспоминания о бывших эпизодах, которые приобрели насильственный характер. В последних случаях заставлял мальчиков брать его половой член в рот.

Как следует из материалов уголовного дела, Х. обвинялся в том, что 15.05.1996 г., около 16 ч 30 мин совершил насильственный половой акт с несовершеннолетним С., 1987 г.р. Как следует из показаний потерпевшего, 15.05.1996 г., когда он возвращался домой, рядом с ним остановилась автомашина, за рулем ко-

торой сидел мужчина. Он вышел из машины, открыл капот, наклонился к двигателю. Когда мальчик сравнялся с ним, тот спросил, где находится автозаправка, предложил сесть в автомашину. На отказ схватил его за рукав куртки, открыл переднюю дверцу и силой усадил на переднее сиденье. По дороге интересовался возрастом мальчика, составом его семьи, спрашивал, есть ли у него отец, умеет ли он совершать половой акт, выражался в нецензурной форме. В роще он остановил автомашину, вышел из нее, набросил на номер тряпку и, сев с мальчиком на заднее сидение, потребовал снять трусы, угрожая в случае непослушания избиением. Обнажил свой половой член, предлагал взять его в рот, что мальчик и выполнил. Затем, положив его лицом вниз, Х. стал его бить по ягодицам, после чего совершил анальный половой акт. После этого предложил довезти мальчика до дома, после отказа уехал. Будучи задержанным, Х. содеянное не отрицал, утверждал, что в тот момент, когда в машину попал камень, он обратил внимание на мальчика. Якобы у него появилось желание его «попугать, проучить, прокатить». Угрожал отвести мальчика в милицию. Последний отказывался сесть в машину, тогда Х. «взял» его за руку и посадил в машину. Во время поездки спрашивал его о местонахождении автозаправочной станции, однако мальчик молчал. Утверждал, что в дальнейшем он «заблудился, сбился с дороги», оказался в роще, где «уперся в деревья» и остановился. Пояснял, что у него в это время «внезапно» возникла мысль о половом акте. Якобы такая мысль пришла к нему впервые, и ничего подобного он за собой раньше не замечал. Указывал, что, когда он совершал половой акт, мальчик не сопротивлялся, был «вялым, похожим на куклу».

22.05.1996 г. Х. был осмотрен экспертной комиссией психиатрической больницы, которая рекомендовала проведение стационарной СПЭ для уточнения выраженности эмоционально-волевых нарушений. ***Заключение сексолога:*** гомосексуальная педофилия с садистическими тенденциями.

При настоящем клинико-психиатрическом исследовании выявлено следующее. ***Соматическое состояние***: среднего роста, астенического телосложения; внутренние органы без патологии; лабораторные анализы в норме. ***Неврологическое состояние***: менингеальных симптомов нет, черепно-мозговые нервы — недостаточность конвергенции с обеих сторон, легкая асимметрия носогубных складок; фотореакции живые, содружественные; рефлексы умеренной живости, равномерные, чувствительных расстройств нет; выраженный гипергидроз ладоней и подмышечных впадин. При ЭЭГ-исследовании регистрируются признаки неустойчивости корково-стволовых взаимоотношений с превалированием восходящих активирующих влияний неспецифических стволовых структур. При эхоэнцефалографическом обследовании смещения срединных структур головного мозга не выявлено, имеются признаки гипертензии. На краниограмме — признаки внутричерепной гипертензии.

Заключение консультанта-невропатолога: органические неврологические симптомы.

Нейропсихологическое исследование: мышечный тонус обеих рук несколько снижен, отмечается незначительное нарушение реципрокного взаимодействия — некоторый первичный дефицит на фоне значительного увеличения темпа и легкой недостаточности левой руки. Наблюдаются трудности вырабатывания и усвоения серийной моторной программы в пробах на динамический праксис на левой руке. Чувство Ферстера (дермолексия) — единичные ошибки на обеих руках. Выявляются единичные литеральные (непосредственное воспроизведение) и вербальные (отсроченное воспроизведение) парафазии. Прочность слухоречевой памяти несколько снижена в условиях гетерогенной интерференции. Выраженное сужение объема зрительной памяти, параграфии и реверсии, нарушение заданного порядка элементов, легкое снижение прочности зрительной памяти (отсроченное воспроизведение фигуры Тейлора), при этом динамика непосредственного воспроизведения скорее нормативная, соответствует сужению ее объема. При исследовании координатных представлений отмечаются реверсии на следах памяти, трудности пространственной перешифровки. Наблюдаемые ошибки счетных операций вероятнее всего являются следствием колебаний внимания, однако по ряду признаков они могут свидетельствовать о некоторой тенденции к упрощению программы выполняемой деятельности. Таким образом, на первый план выступает определенный дефицит ней-

родинамической составляющей психических процессов, проявляющийся в наличии колебаний внимания, нарушении избирательности мнестических функций; вместе с этим отмечается выраженное сужение объема зрительной памяти, легкая недостаточность реципрокного взаимодействия и динамического праксиса (левая рука).

Заключение: полученные результаты позволяют предположить наличие функциональной недостаточности подкорково-корковых взаимодействий с вовлечением функциональных систем передних и височных отделов коры с правополушарным акцентом.

Психическое состояние: в контакт вступает охотно, несмотря на смущение, с готовностью отвечает на вопросы. Часто, независимо от степени значимости затрагиваемой темы, на глазах появляются слезы. Анамнестические данные сообщает подробно. Поясняет, что каждый раз при возникновении влечения к мальчикам пытался бороться с собой, отвлечься, занимался физическими упражнениями, однако в какой-то момент не мог удержаться, выезжал в город, давая себе обещание вернуться после «первого круга». Рассказывает, что потребность к поиску мальчиков возникала в периоды сниженного настроения, после конфликтов. Якобы при хорошем настроении мог проехать мимо «подходящего» мальчика, не заметив его. Поясняет, что беспричинные перепады настроения у него стали возникать в возрасте 14 лет, в такие периоды «все не ладилось», испытывал тоску, апатию. Не может объяснить, почему все встречи с мальчиками оказывались вблизи его дома или учебы, с растерянностью говорит о том, что в такие моменты не думал о возможных последствиях, так как все мысли были подчинены желанию. При рассказе о своих переживаниях не может удержать слез, утверждает, что понимает неестественность имеющихся у него желаний, поэтому, чтобы убедиться в своей «полноценности» пытался вступать в интимные отношения с женщинами, но, несмотря на физиологические признаки оргазма, удовлетворения не получал. В день правонарушения после неприятностей на службе у него было плохое настроение, увидев мальчика и усадив его в машину, не мог думать о последствиях своего поведения; все мысли были подчинены желанию остаться с ним наедине. Объясняет, что и в этот раз, как обычно, испытывал после содеянного чувство раскаяния, стыда, укорял себя за случившееся. За время наблюдения в отделении фон настроения оставался сниженным, часто плакал, вел дневниковые записи, в которых пытался анализировать свое поведение.

На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что у Х. выявляются признаки раннего органического поражения головного мозга с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами. Об этом свидетельствуют данные анамнеза — наличие в детском возрасте эпизодов снохождения, появление в подростковом возрасте церебрастенической симптоматики в виде головных болей, утомляемости, трудностей концентрации внимания, что сопровождалось формированием с 13 лет патологии сексуального влечения в форме гомосексуальной педофилии с элементами садомазохистических тенденций, реализация которого происходила на фоне аутохтонных колебаний настроения, приобретая насильственный, неодолимый характер. Заключение подтверждено результатами комплексного сексолого-психиатрического исследования, выявившего у Х. на фоне неврологической симптоматики признаки внутричерепной гипертензии, неустойчивость корково-стволовых взаимоотношений с превалированием восходящих активирующих влияний неспецифических стволовых структур; колебания внимания, истощаемость, вегетативную лабильность, признаки выраженного психического инфантилизма, эмоциональную неустойчивость, нарушение критических способностей. Указанные нарушения психики выражены столь значительно, что лишали Х. в момент инкриминируемого ему деяния способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Поэтому в отношении инкриминируемого ему деяния Х. следует считать НЕВМЕНЯЕМЫМ. По своему психическому состоянию в настоящее время он также не может отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу с обычным наблюдением.

Психологическое исследование от 11.04.1997 г. Х. легко идет на контакт, охотно включается в обследование. Настроение в ходе обследования ровное — без колеба-

18 – 3935

ний. Эмоциональные реакции на показатели успеха-неуспеха в ходе выполнения заданий адекватны и реализуют регулирующую функцию. При применении проективных методов выявлены следующие особенности личности: «Я-реальное» с сильно выраженными фемининными чертами (МиФ), при этом пересекается с представлениями Х. о том, какой «должна быть женщина». Х. стремится к обладанию более мужественными и менее женственными чертами, что проявляется как при выполнении методики МиФ («Я-идеальное» — андрогинный тип), так и при выполнении методики «Кодирование», где испытуемый устанавливает семантические связи между понятиями «Я» — «мужчина» «ель — крепкое, стройное дерево» (в графе «дерево»). Представления испытуемого о мужской половой роли характеризуются формальностью, внешней атрибутивностью (по данным методик «Кодирование», Шварцландера). Мужчина, по мнению Х., должен обладать выраженными маскулинными чертами (МиФ).

Вышеизложенное позволяет предполагать наличие у Х. переживания конфликтности своей половой роли, несоответствия его своим представлениям о том, каким должен быть мужчина, и стремления к обладанию этими чертами. При выполнении методики МиФ выявляется семантическая близость образов «идеальный сексуальный партнер» — «женщина» — «Я-реальное» (выраженный фемининный тип), что может отражать наличие аутоэротических тенденций при искаженности полоролевой идентичности. Отмечаются деперсонализированность, символизированность восприятия образа женщины испытуемым, проявляющееся при выполнении методики «Кодирование»: «женщина — круг, форма тела похожа» в графе «Геометрическая фигура», «Василиса — символ русской женщины» в графе «Сказочный персонаж». При выполнении методики «Кодирование» Х. приписывает ребенку качества, характеризующие взрослого мужчину, но в то же время характеризует его через символы, формальные качества: «ребенок — погремушка — символ детства», что также проявляется и в рисуночных методиках, где Х. в задании нарисовать ребенка изображает коляску, погремушки и т.д., что может отражать нечеткость и крайнюю формальность восприятия возрастных особенностей объекта сексуального влечения. При выполнении теста Вагнера выявляется выраженность агрессивно-садистических установок, при этом Х. акцентирует эмоционально-значимые ситуации, связанные с применением насилия по отношению к детям: «рука ребенка — маленькие пальцы, ногти тонкие, неестественная рука — заломленная, кто-то проводит болевой прием... в целях самообороны». У Х. отмечаются также трудности в установлении и поддержании социальных контактов, его крайняя неуверенность в себе, трудности в понимании себя и окружающих.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о фемининном типе полоролевой идентичности испытуемого, о выраженности полоролевого конфликта, аутоэротических тенденциях, символизированности восприятия образа «женщины» и формальности представлений о мужской половой роли. Отмечаются также нечеткость и формальность восприятия возрастных особенностей объекта сексуального влечения. Кроме того, выявляются выраженные агрессивно-садистические установки, неуверенность в себе, трудности понимания себя и окружающих.

Психологическое исследование от 05.05.1999 г. Х. легко идет на контакт, охотно включается в обследование. Настроение в ходе обследования ровное, без колебаний. Темп работоспособности средний, признаков утомляемости и истощаемости не наблюдается. По результатам применения проективных методов отмечаются следующие особенности личности: полоролевая идентичность Х. характеризуется преобладанием маскулинных черт (маскулинный тип по МиФ), что соотносится с данными методики «Кодирование», когда Х. устанавливает ассоциативные связи между понятиями «Я» — «мужчина» («мужчина» — «собака — больше ему подходит, в то время как женщине — кошка» в графе «Животное»). При выполнении методики ЦТО испытуемый устанавливает цветоассоциативные связи между понятиями «Я» — «Я-идеальное» — «нежность» — «отец» — «мать» — «семья» — «друг» — «счастье» (зеленый цвет). Образ «мужчины» в представлении Х. характеризуется выраженным преобладанием маскулинных черт над фемининными (МиФ) и входит в систему его полоролевых предпочтений (близость образов «Я-идеальное» и «мужчина должен быть...»). Образ «женщины» в представлении Х. характеризуется зна-

чительным преобладанием фемининных черт над маскулинными (фемининный тип по МиФ) и соотносится с системой его сексуальных предпочтений (близость образов «женщина должна быть...» — «реальный сексуальный партнер» — «идеальный сексуальный партнер».) Это соотносится с данными ЦТО, при выполнении которого Х. устанавливает цветоассоциативные связи между понятиями «женщина» — «секс» — «идеальный сексуальный партнер» — «реальный сексуальный партнер» — «надежда» — «удовольствие» (коричневый цвет). В то же время понятие «мальчик» ассоциирует с понятиями «тревога» — «страх» — «вспыльчивость» — «неприятный человек» — «избегаю быть таким» — «грубость» — «угроза» (красный цвет). Следует отметить, что представления испытуемого о полоролевых стереотипах, хотя они в достаточной степени и дифференцированы (как друг от друга, так и по качествам маскулинности/фемининности), отличаются сильной поляризованностью и некоторой формальностью. Так, мужские качества определяются Х. как диаметрально отличающие их от женских (методика «Кодирование» — «мужчина — бритва, где вы видели женщину с бритвой?..», в графе «Неодушевленный предмет», «мужчина — тяжелоатлет, женщина этим заниматься не будет», в графе «Амплуа артиста цирка»).

По сравнению с предыдущим исследованием можно отметить следующие изменения: уменьшение фемининности полоролевой идентичности («Я-реальное»), увеличение маскулинности полоролевых предпочтений («Я-идеальное»), снижение фемининных качеств, проявляющихся в ситуациях межполового общения, увеличение маскулинности в представлениях об образе «мужчины», отсутствие приписывания ребенку качеств взрослого мужчины, отсутствие ассоциативной связи «мужчина» — «мальчик» — «ребенок», снижение показателей деперсонифицированности восприятия образа «женщины», агрессивно-садистических установок и стремления занимать доминирующую позицию, расхождения между полоролевой идентичностью и полоролевыми предпочтениями («Я-реальное» и «Я-идеальное»), расхождения между полоролевыми предпочтениями и полоролевыми стереотипами («Я-идеальное» — «мужчина должен быть...»), а также снижение расхождения между представлениями о реальном и идеальном сексуальном партнерах.

Таким образом, по результатам исследования можно говорить о маскулинности полоролевой идентичности Х., соответствии мужских полоролевых стереотипов полоролевым предпочтениям и соответствии образа женщины его сексуальным предпочтениям. Следует отметить недостаточную дифференцированность восприятия им образов мужчины и женщины: «фигура» в представлении Х. выступает наиболее существенным качеством, их отличающим; персонажи, недифференцированные по категории «одежда», определяются как сексуально привлекательные, что может отражать искаженность сферы сексуальных предпочтений Х. Основные изменения по сравнению с предыдущим исследованием затрагивают базовые структуры полового самосознания, интериоризацию половой роли, снижение конфликтности в сфере сексуальных предпочтений.

Главная цель психотерапии и психокоррекции аномального сексуального поведения — реализация поведения, замещающего парафильное в функции обеспечения эмоциональной саморегуляции [Ткаченко А.А., 1994]. Однако эта проблема может стать актуальной только тогда, когда выработанное поведение перестанет выполнять свою функцию, для чего его паттерн должен быть разрушен. Появление аффективных колебаний или каких-либо других нарушений (исходя из психоаналитических представлений, ими могут быть прежде всего психосоматические расстройства) будет критерием того, что эта задача выполнена. По сути речь идет об управляемом регрессе психосексуального развития, поскольку, например, «доступ» к симптому расстройства половой идентичности становится возможным только после разрушения фиксированных форм поведения и шаблонов субъективных переживаний, выработанных по механизмам компенсации на более поздних этапах онтогенеза.

Анализ результатов психологических исследований в целом показывает, что при повторном психологическом обследовании после окончания курса психотерапии наиболее часто наблюдаются увеличение маскулинной и уменьшение фемининной составляющих «Я-идеального». Уменьшение фемининной составляющей «Я-реального» отмечено у 4 обследованных. Выявлены также снижение уровня агрессивности, уменьшение или исчезновение амбивалентного восприятия мужчин и женщин. Достаточно характерными представляются также уменьшение расстояния «Я-реальное» — «мужчина должен быть...» (приближение к эталону), ослабление связей (т.е. увеличение расстояния) между «Я-реальным», «Я-идеальным» и «мужчина — сексуальный партнер», что отражает ослабление аутоэротических тенденций (табл. 16.8).

Анализ проведенной работы позволил выделить следующие этапы психотерапии.

I. ***Разрушение паттерна аномального сексуального поведения.*** Паттерн любого поведения, в том числе и рассматриваемого, можно представить в виде сочетания трех компонентов (совокупностей реакций) — мышечного (двигательного), эмоционального и сенсорного. Разрушение поведенческого паттерна возможно:

1) в рамках нейролингвистического программирования — методика «диссоциации» [Grinder J., Bandler R., 1978], при этом происходит выпадение прежде всего двигательного компонента;

2) с помощью методики когнитивной и поведенческой психотерапии, нарушающих соответствие эмоций и поведения (двигательного компонента): «десенситизация стимулов», когда эмоциональный компонент разрушается навязыванием релаксации [Bond J., Hutchinson H., 1960; Hughes R., 1977, и др.], насыщение стимулами [Marsall W., 1979; Marshall W., Barbaree H., 1989], аверсивная терапия — электрошоком [Kushner M., Sandler J., 1966; Evans D., 1968; McCulloc M., Williams C., Birtles C., 1971; Rooth F., Marks I., 1974], «стыдом» [Reitz W., Keil W., 1971], нюхательными солями [Maletzky B., 1974, 1977], с применением биологической обратной связи: видео [Jones I., Frei D., 1977], плетизмофаллографии [Williams C., Birtles C., 1971];

3) с помощью методик психоанализа, при которых осознавание (вербализация) переживаний также ведет к разрушению эмоционального компонента [Conn, 1949, и др.];

4) с помощью методик лечения аддиктивного поведения, одним из частных случаев которого может являться сексуальное [Carnes P., 1983]. W. Harnell (1995) считает, что две модели лечения — аддиктивная и когнитивно-бихевиоральная — должны дополнять друг друга.

Предварительной подготовкой пациента к этой стадии служит подробное выяснение поведения и переживаний при правонарушении. Желательно при возможности выяснить природу запускающих и направляющих стимулов, психическое состояние до, в процессе и после выполнения поведенческого акта. Сначала пациент в подробностях вспоминает наиболее хорошо запомнившийся ему эпизод, при этом врач должен научиться отчетливо распознавать невербальные проявления этих воспоминаний.

На первом этапе лечения наиболее эффективными оказались методики «диссоциации», работа с позой и походкой, при гомосексуальной педофилии — работа с импринтами. В первом варианте после письменного изложения переживаний периода аномального поведения отмечалось изменение аффективной насыщенности при их последующем воспроизведении в памяти, в другом проводилось разрушение мышечного паттерна (коррекция позы и походки).

Второе направление психотерапевтической работы на этом этапе — проработка всех эпизодов аномального сексуального поведения в памяти. Только у незначительного числа пациентов воспоминания хранились в диссоциированном виде, клинически в этих случаях можно было говорить об эгодистоническом отношении к своему аномальному влечению. «Перевертывание» воспоминаний из ассоциированного в диссоциированный вид (в позицию «наблюдателя») для большинства пациентов было затруднено. В некоторых случаях для выработки возможности представить себя со стороны проводилось специальное упражнение для обучения с использованием зеркала на протяжении 10—14 дней. Возможность сознательного перевода воспоминаний об аномальном сексуальном поведении из ассоциированной формы в диссоциированную появляется только после успешной подобной работы в отношении эмоционально нейтральных ситуаций. При работе с пациентом X. (см. выше) проводилось «якорение» гетеросексуальных эпизодов на правой руке, гомосексуальных — на левой. При проверке якоря на правой руке сначала возникали патологические сенсации в левой руке и левой половине туловища, что, на взгляд автора, свидетельствует о нарушении межполушарных отношений. У X. исчезновения сексуального возбуждения удалось добиться только после слияния якорей.

На этом этапе на сексологическом уровне происходит распад шаблона сексуальной активности, и объект сексуального влечения теряет свойства стимула, запускающего переживания и поведение, т.е. наблюдается «развал» стадий психосексуальной ориентации; на психологическом уровне идет разрушение механизма эмоциональной саморегуляции, поэтому клиническим критерием успешности психотерапии, как предполагалось, будет появление аффективных или психосоматических расстройств. Если же внутрипсихический конфликт осознается, то возможно появление критики аномального поведения.

Из критериев эффективности наиболее значимым на первом этапе оказалось наличие аффективных колебаний. Возникновение симультанной инконгруэнтности, т.е. рассогласования вербального и невербального компонентов поведения, феноменологически проявляющейся в исчезновении удовлетворения от его реализации или имитации последнего в воображении, отмечалось реже.

У одного больного — левши с эксгибиционизмом — наблюдалось усиление черт пароксизмальности в состояниях, но без демонстрации гениталий; это обусловило назначение ему антиконвульсантов. Другому больному с эксгибиционизмом проводилось поведенческое «предписывание симптома» (обнажение перед женщиной) с хорошим эффектом в виде резкого ослабления аномального сексуального влечения.

II. ***Купирование аффективных нарушений.*** На втором этапе, условно названном «купирование аффективных нарушений», в качестве основной методики используется индукция трансовых состояний [Kroger N., Fezler W., 1976; Polk W., 1976, 1983]. Уже после второго сеанса более чем у половины пациентов отмечались резкое снижение либидо, урежение эротических, в том числе патологических фантазий, улучшение настроения, уменьшение астенических расстройств; мимика и моторика становились спокойнее, уменьшалась частота стереотипных аутогрумминговых движений. Пациенты с удивлением отмечали ослабление фиксации на сексуальной сфере, первоначально расценивая это как признак эффективности лечения; часто наблюдались легкая эйфория, чувство радости, победы над собой. У некоторых пациентов через 2—3 сеанса развилось состояние депрессии с растерянностью, неопределенной тревогой, страхом потери эротических переживаний вообще

Таблица 16.8. Пример результатов психологического исследования до и после

Фамилия	6.1.1. Маскулинная составляющая «Я-реального»	6.1.2. Фемининная составляющая «Я-реального»	6.2.1. Маскулинная составляющая «Я-идеального»	6.2.2. Фемининная составляющая «Я-идеального»	6.3.1. Маскулинная составляющая «Я для мужчин»	6.3.2. Фемининная составляющая «Я для мужчин»	6.3.3. Маскулинная составляющая «Я для женщин»	6.3.4. Фемининная составляющая «Я для женщин»	6.4.1. Маскулинная составляющая «реального партнера»	6.4.2. Фемининная составляющая «реального партнера»	6.4.3. Маскулинная составляющая «идеального партнера»	6.4.4. Фемининная составляющая «идеального партнера»	6.4.5. Связь «идеальный сексуальный партнер»—«Я»—«Я-реальное»	6.5.1. Маскулинная составляющая «идеального мужчины»	6.5.2. Фемининная составляющая «идеального мужчины»	6.5.3. Связь «Я»—«ребенок»	6.5.4. Связь «Я»—«женщина»	6.5.5. Связь «Я»—«мужчина»	6.5.6. Связь «мужчина»—«женщина»
К1	0	1	2	3	2	2	0	2	1	3	0	3	0	3	2	0	0	2	0
К2	1	1	3	1	2	1	2	0	0	3	0	3	2	3	1	0	0	2	1
Ш1	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	0	2	0	1	2	0	1	0	0
Ш2	1	2	3	2	3	2	3	3	1	3	0	2	0	2	3	0	0	2	0
Г1	0	0	2	2	1	1	0	0	1	1	3	0	1	2	2	2	1	1	1
Г2	0	0	3	3	1	1	1	1	3	0	3	2	2	3	2	1	1	1	0
Д1	0	1	2	3	0	3	0	3	2	1	3	1	0	2	1	0	0	0	0
Д2	1	1	2	2	0	2	0	1	1	1	2	1	0	2	1	0	0	0	0
Х1	0	3	1	1	0	3	1	2	0	3	0	1	0	2	0	0	0	1	0
Х2	1	1	2	1	0	3	2	1	0	2	0	3	2	1	1	1	0	1	0
Д-о1	0	0	1	0	0	1	0	1	2	0	0	2	2	2	1	1	0	0	0
Д-о2	0	1	1	0	0	2	0	2	1	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0

Фамилия	6.7.2.4. Амбивалентное восприятие «мужчины»	6.7.2.5. Деперсонализированное восприятие «мужчины»	6.7.3.1. Нейтральное восприятие «ребенка»	6.7.3.2. Положительное восприятие «ребенка»	6.7.3.3. Отрицательное восприятие «ребенка»	6.7.3.4. Амбивалентное восприятие «ребенка»	6.7.3.5. Деперсонализированное восприятие «ребенка»	6.8.1. Аутоагрессивные установки	6.8.2. Внешненаправленные агрессивные установки	6.8.3. Агрессивно-садистические установки	6.8.4. Оценка внешнеагрессивного поведения	6.8.5. Маскулинный тип агрессивности	6.8.6. Фемининный тип агрессивности	6.9.3. Эксгибиционистские установки	6.10.1. Склонность к трансформированию «Я»	6.10.2. «Сопротивление внешним обстоятельствам»	6.10.3. «Доминирующая позиция»	6.10.4. «Зависимость от внешнего мира»	6.11.1. «Я-реальное»—«Я-идеальное»
К1	0	0	1	2	1	0	0	0	2	1	1	0	2		0	0	2	0	3
К2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2
Ш1	2	0	0	2	0	2	0	0	3	3	3	2	0	2	0	0	0	1	1
Ш2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	1
Г1	0	0	1	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	2	0	0	1	0	3
Г2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	2	2	0	0	0	0	3
Д1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	2	0	2	2	0	0	0	1	3
Д2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0
Х1	0	0	1	1	0	0	1	0	2	2	0	0	2	0	1	0	1	0	2
Х2	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	2	0	0	1	0	2
Д-о1	0	0	0	1	0	0	0	2	3	3	3	0	2	1	0	0	0	1	2
Д-о2	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2

«Я-реальное»—«мужчина должен быть...»	«Я-реальное»—«женщина — сексуальный партнер»	«Я-реальное»—«мужчина — сексуальный партнер»	«Я-реальное»—«реальный партнер»	«Я-реальное»—«идеальный партнер»	«Я-идеальное»—«мужчина должен быть...»	«Я-идеальное»—«женщина — сексуальный партнер»	«Я-идеальное»—«мужчина — сексуальный партнер»	«Я-идеальное»—«реальный партнер»	«Я-идеальное»—«идеальный партнер»	«Мужчина должен быть...» — «женщины считают, что я...»	«Мужчина должен быть...» — «мужчины считают, что я...»	«Мужчина должен быть...» — «реальный сексуальный партнер»	«Мужчина должен быть...» — «идеальный сексуальный партнер»	«Женщины считают, что я...» — «мужчины считают, что я...»	«Женщины считают, что я...» — «реальный сексуальный партнер»	«Женщины считают, что я...» — «идеальный сексуальный партнер»	«Мужчины считают, что я...» — «реальный сексуальный партнер»	«Мужчины считают, что я...» — «идеальный сексуальный партнер»	«Реальный сексуальный партнер»—«идеальный сексуальный партнер»
6.11.2.	6.11.3.	6.11.4.	6.11.5.	6.11.6.	6.11.7.	6.11.8.	6.11.9.	6.11.10	6.11.11	6.11.12	6.11.13.	6.11.14.	6.11.15.	6.11.16.	6.11.17.	6.11.18.	6.11.19.	6.11.20	6.11.21
1	3	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	0
2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	1	1	3	3	1	3	3	3	3	1
0	2	0	1	1	2	0	0	1	2	1	1	2	2	1	3	3	2	2	1
1	2	2	1	1	3	0	1	2	3	2	2	1	2	1	3	3	2	3	1
3	0	0	1	2	1	3	2	1	0	3	2	2	2	2	0	3	1	1	3
3	2	2	3	3	2	3	3	3	1	2	2	2	0	0	2	2	1	2	3
2	2	2	1	3	3	2	1	2	2	3	2	1	0	1	2	3	1	3	2
1	2	1	0	1	1	2	1	1	0	3	2	1	0	1	1	3	0	1	2
3	3	1	0	2	3	0	1	2	3	2	3	3	3	2	2	3	1	1	3
1	1	2	1	2	2	1	2	2	3	0	2	2	3	2	2	3	0	1	2
3	1	1	2	2	1	1	1	0	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	3
2	0	0	2	1	0	3	2	0	2	3	2	0	2	0	2	2	2	1	2

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6.6.1.	Связь «ребенок»—«женщина»
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.6.2.	Приписывание ребенку женских взрослых качеств
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6.6.3.	Приписывание «женщине» детских качеств
1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	6.6.4.	Связь «женщина»—«девочка»
1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	6.6.5.	Приписывание «ребенку» мужских качеств
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.6.6.	Приписывание «мужчине» детских качеств
0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	6.6.7.	Связь «мужчина»—«мальчик»
0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6.6.8.	Связь «мужчина»—«женщина»
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	6.6.9.	Связь «идеальный сексуальный партнер»—«мальчик»
0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	6.6.10.	Связь «идеальный сексуальный партнер»—«девочка»
0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	6.6.11.	Связь «идеальный сексуальный партнер»—«женщина»
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.6.12.	Связь «идеальный сексуальный партнер»—«мужчина»
0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	6.7.1.1.	Нейтральное восприятие «женщины»
2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	6.7.1.2.	Положительное восприятие «женщины»
0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	6.7.1.3.	Отрицательное восприятие «женщины»
0	1	0	0	0	2	2	1	0	2	1	0	6.7.1.4.	Амбивалентное восприятие «женщины»
1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	6.7.1.5.	Деперсонализированное восприятие «женщины»
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.7.2.1.	Нейтральное восприятие «мужчины»
1	1	0	1	2	1	1	0	1	2	0	0	6.7.2.2.	Положительное восприятие «мужчины»
0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	6.7.2.3.	Отрицательное восприятие «мужчины»

(«бесполости») вплоть до ощущения утраты смысла жизни. У одних пациентов подобное переживание дезактуализации сексуальной сферы не сопровождалось клинически заметным изменением настроения, а у других наблюдался эйфорический фон. В целом вышепредставленные состояния сходны с описанными Н.В. Ивановым (1966) и Я.Г. Голандом (1972) состоянием «социально-психологического вакуума». Некоторые пациенты с достаточно высоким уровнем осознания собственных переживаний и их вербализации описывали сходства своего самочувствия с возвратом в возраст, когда сексуальные проблемы их еще не интересовали. Последнее позволяет провести известную параллель с гипнотической возрастной регрессией.

Таким образом, сущностью данного этапа на психологическом уровне представляется регресс психического «Я», в сексологическом плане речь идет о деструкции половой роли с регрессом на этап становления половой идентичности. У небольшого числа пациентов в невербальном поведении отмечалось исчезновение симультанной инконгруэнтности, при этом исчезло и критическое отношение к поведению, и они начали утверждать, что избавились от него.

Наиболее адекватными критериями эффективности на этом этапе были ликвидация аффективных расстройств и исчезновение критического отношения к возможности повторения аномального поведения. У некоторых больных с эксгибиционизмом отмечались состояния «социально-психологического вакуума» в отличие от пациентов с гомосексуальной педофилией, у которых наблюдалось усиление гетеросексуального либидо.

III. ***Психокоррекция расстройств половой идентичности.*** Психологической сущностью данного этапа является формирование нового психического «Я-реального» и «Я-идеального», что фактически выражается в восстановлении нарушенного в раннем онтогенезе процесса идентификации. Завершающим этапом идентификации, по мнению А.И. Белкина (1972), становится выбор референтной группы. Изучение лиц с парафилиями показывает, что у них такая группа или отсутствует и поведение представляет собой ее поиск, или на подсознательном уровне выбрана группа противоположного биологического пола, что выражается в предпочтении общения с женщинами. В настоящее время можно лишь констатировать нарушение этого выбора у лиц с парафилиями, а возможность его коррекции, очевидно, будет обусловлена предыдущим этапом (выбор эталона).

Для лиц с парафилиями характерным нарушением является также отсутствие разведения объекта референции (эталона) и объекта сексуального влечения. На языке психологов этот феномен описывается как близость идеального объекта сексуального влечения (предпочитаемого партнера) и идеального «Я». В сексологическом аспекте это выражается в интенсивности аутоэротического компонента либидо.

Нерешенной в онтогенезе проблемой для таких лиц является также готовность к эмоциональному сопереживанию с эталоном. Очевидно, одним из путей блокирования решения этой проблемы служит дефект эмпатии у подобных индивидов.

Еще одна из проблем связана с процессом дистинкции — отвержения, негативизации противоположного пола, которая в норме предшествует первой фазе идентификации — выбору эталона. Нарушение этого процесса, по-видимому, обусловлено подсознательной фиксацией негативного образа своего пола, характерного для определенного этапа психосексуального развития у мальчиков [Каган В.Е., 1991].

Дистинкция. Из вышеизложенной схемы следует предположение, что основной проблемой этой стадии является негативный образ своего пола.

Однако практика показала, что такое отношение к образу мужского пола осознается очень редко. В материалах авторов оно встретилось только в 2 случаях. Работа с зеркалом в этих случаях привела к дезактуализации этого отношения. Иногда осознавались зависть к противоположному полу или сверхценный интерес к женским психологическим проблемам.

Другой механизм нарушения этой стадии — фиксация негативного образа отца, о чем можно было с уверенностью говорить редко. Редукции негативных эмоций у этих пациентов удалось добиться путем работы с субмодальностями, однако это становится возможным, если удается в анамнезе найти эпизоды с осознанной негативной окраской переживаний образа отца. Однако в большинстве случаев речь шла о безразличном отношении к нему.

Создание эталона. Фактически задача врача на этом этапе заключается в попытке создания «образца» мужского полоролевого поведения. В некоторых случаях удается найти подобный эталон в реальной жизни пациента, однако следует учитывать, что на словах декларативно положительное отношение к данному персонажу вовсе не означает, что за этим не скрываются неосознаваемые негативные эмоции. Иногда врачу приходилось конструировать эталон из черт различных реальных людей, так как при попытках отождествления с первоначально предложенным пациентом образом возникали подсознательные возражения. Работу предпочтительно начинать с имитативного поведения — подражания позе, походке эталона и только после этого переходить к разыгрыванию поведения в предлагаемых ситуациях. При работе с пациентом Х. (см. выше) обозначилась еще одна проблема, вытекающая из нарушений идентичности — трудности с созданием образа будущего: пациент не мог представить себя в будущем, стойко воспроизводился только настоящий образ. Ситуацию удалось разрешить после коррекции «линии времени» [Andreas S., Andreas C., 1993]. При создании эталона эффективными оказались методики работы с позой и походкой, субмодальностями, слияние якорей, паттерн «взмаха».

Психологическим критерием эффективности решения этой задачи представляется сближение «Я-идеального» с мужским эталоном за счет возрастания удельного веса маскулинной составляющей.

Отождествление с эталоном. Разграничение стадий создания эталона и отождествления с ним условно: если создан актуальный образ эталона, то отождествление с ним неизбежно происходит, хотя его темпы у разных больных различны. Клиническим проявлением этой стадии служат изменение невербального поведения пациента, признаки бессознательного подражания эталону. В ряде случаев независимо от желания и установок врача таким эталоном становится он сам, чем и объясняется явление трансфера. По мнению авторов, трансфер сам по себе не может расцениваться ни как успех терапии, ни как промах врача; окончательная оценка его роли в терапии будет зависеть от того, что дальше произойдет с больным. Отрицательно должна оцениваться излишняя психологическая зависимость («костыль») пациента от врача, что, очевидно, лежит в основе убеждения психоаналитиков о необходимости длительного психоаналитического лечения. К сожалению, такого рода идентификация с врачом, по наблюдениям автора, часто спонтанно может возникать в ходе наведения транса, и улавливание подобных изменений в невербальном поведении пациента, доступное наблюдательному психотерапевту, должно являться основанием для коррекции своего поведения в процессе терапии. По убеждению авторов, слишком выраженный трансфер вредит коррекционной работе, создает иллюзию излишнего эмоционального сходства между врачом и пациентом.

Решение вышеуказанной задачи проводилось с подключением терапевтических аналогий и метафор (правое полушарие), рефрейминг критериев и ограничений (левое полушарие) оказался эффективным только в одном случае — у левши с эксгибиционизмом. Значимыми критериями явились экологическая проверка (исчезновение в воображении эмоциональных или поведенческих препятствий для контактов с лицами противоположного пола), психологически — сближение реального и идеального «Я», уменьшение расстояния «Я-реальное» — «мужчина должен быть...», увеличение расстояния «Я-идеальное» — «реальный сексуальный партнер» (т.е. уменьшение аутоэротизма). «Я-реальное» — «мужчина — сексуальный партнер».

Выбор референтной группы. Психологическим критерием данного этапа представляется уменьшение «удельного веса» фемининной составляющей «Я-идеального» и расстояния «идеальный сексуальный партнер» — «Я-идеальное» (т.е. уменьшение аутоэротизма). В одном случае (вышеприведенный испытуемый Х.) наблюдались смена типа идентичности (по S. Behm), удаление идеального объекта сексуального влечения от «Я-идеального», т.е. смена референтной группы.

Кроме фактора пола эталона, у лиц с парафилиями часто имеет значение и его возраст. Ввиду того что специальные психологические методики исследования возрастной идентичности при обследовании группы пациентов, прошедших психотерапию, не применялись, о ее коррекции косвенно можно было судить только по увеличению расстояния «Я-реальное» — «ребенок», «приписывание ребенку взрослых качеств», однако убедительные данные о таких изменениях не получены.

IV. ***Выработка и реализация поведения, замещающего парафильное.*** Основной целью лечения парафилий считалось формирование нормативного гетеросексуального влечения и поведения [Голанд Я.Г., 1983]. Предложена программа, в частности, для предотвращения рецидивов сексуальной агрессии (насильники, педофилы) с применением психологических и психофизиологических методик с выявлением факторов риска, формированием стратегий совладания и избегания [Pithers W., Kashima K., Cumming G. et al., 1989].

На четвертом этапе использовались такие методики, как терапевтические аналогии и метафоры, рефрейминг поведения [Grinder J., Bandler R., 1976]. Больной Ш. (эксгибиционизм) самостоятельно нашел метафору «выходов на лестницу» (эпизоды обнажения) и курения (расценивал то и другое как вредную привычку), что позволило врачу провести с ней работу.

Во всех случаях хотя бы формально правильное проведение процедуры рефрейминга оказывалось возможным только в конце курса психотерапии. У большинства больных проводился шестишаговый рефрейминг, у некоторых — семишаговый в трансе и «договор между частями».

Первичное позитивное намерение вербально было сформулировано лишь больным Ш. в рамках уже упоминавшейся метафоры «борьбы с курением» — «отвлечение от проблем». В остальных случаях получить вербальную формулировку не удалось, хотя «часть», ответственная за аномальное сексуальное поведение, подтверждала, что оно ей известно. У этого же пациента «часть», ответственная за аномально сексуальное поведение, была визуализирована в образе маленького «Я». Создание новой «части» оказалось возможным только в одном случае, причины чего в настоящее время пока неясны.

По мнению авторов, прямое директивное предписывание нормативного сексуального поведения неэффективно. С одной стороны, нет достаточных оснований говорить о том, что во всех случаях нарушений психосексуаль-

ных ориентаций оно «блокировано» аномальной сексуальной активностью. С другой стороны, появление гетеросексуального либидо, как показывает практика, не является гарантией его реализации, поскольку последнее нередко зависит от особенностей личности. Поэтому авторы склонны разделять установку НЛП о том, что вариант замещающего поведения должно выбирать подсознание пациента. В отличие от гомосексуального поведения при парафилиях варианты нового поведения чаще всего остаются неизвестными сознанию. Один пациент на фоне исчезновения гомосексуального влечения заметил появление «нездорового интереса» к разглядыванию и ощупыванию половых органов маленьких девочек, что, на взгляд авторов, подтверждает связь различных вариантов психосексуальных ориентаций с нарушениями идентичности. В некоторых случаях наблюдалось нормативное гетеросексуальное влечение, у большинства — исчезновение идеаторной активности (фантазий). У одного обследуемого рецидив наступил через 6 мес после психотравмы. Экологическая проверка (проигрывание в фантазии приемлемых вариантов поведения) у большинства больных убедительно доказывает возможность завершения курса психотерапии.

В обобщенном виде представления авторов о психопатологических, сексологических и психологических изменениях в курсе психотерапии аномального сексуального поведения представлены в табл. 16.9.

Таким образом, стержневым принципом построения стратегии психотерапии при аномальном сексуальном поведении может являться принцип «зеркального» онтогенеза» — ее этапы должны повторять этапы онтогенеза в обратном порядке; основами психотерапии при этом являются разрушение паттерна, купирование аффективных и психосоматических расстройств, коррекция нарушений половой идентичности, включающая попытки компенсации неудач становления идентичности в онтогенезе, выработка замещающего поведения; клиническими критериями эффективности психотерапевтического курса могут быть экологическая проверка (проигрывание в фантазии приемлемых вариантов поведения), отсутствие аномального поведения, идеаторной активности (фантазий), возникновение замещающего поведения (если возможно его зафиксировать); психологическими критериями эффективности коррекции служат изменения различных отношений составляющих «Я»-концепции» восприятия полов и сексуальных предпочтений.

16.4. Правовые нормы и организационные принципы

Основная особенность отечественных правовых норм — тесная взаимосвязь оказания психиатрической помощи с экспертным решением вопроса о вменяемости. Вместе с тем аксиомой является положение о несовпадении понятий «невменяемости» и «психического расстройства». Современные же подходы диктуют возможность учета психической (сексуальной) патологии практически лишь в тех случаях, когда она существенным образом нарушает сознательный и волевой контроль в конкретный момент исследуемой ситуации инкриминируемого деяния. Между тем независимо от степени нарушения данного контроля расстройства влечения могут определять рецидивность противоправного поведения, являющегося в случаях парафилий прямым их следствием.

Поскольку отечественная судебная психиатрия до недавнего времени практически игнорировала данную проблему, нелишним будет обратиться к опыту других стран, в частности США. Среди 5 различных, с юридической точки зрения, групп лиц, обвиненных в совершении преступлений,

Таблица 16.9. **Психотерапия аномального сексуального поведения**

Этапы	Критерии			Методики
	сексологические	психопатологические	психологические	
Разрушение паттерна аномального сексуального поведения	Распад психосексуальной ориентации	Появление аффективных или психосоматических расстройств, критики	Разрушение механизма эмоциональной саморегуляции	«Диссоциации», работа с позой и походкой, с импринтами
Купирование аффективных нарушений	Деструкция половой роли с дезактуализацией половой сферы	Ликвидация аффективных расстройств и исчезновение критики	Регресс психического «Я»	Индукция трансовых состояний
Психокоррекция расстройств половой идентичности Дистинкция	Дезактуализация нарушений физического и психического «Я»	Уменьшение предпочтения общения с женщинами	Дезактуализация негативного образа своего пола или фиксации негативного образа отца	Работа с субмодальностями «Я» и зеркалом
Создание эталона	Актуализация гетеросексуального либидо	Повышение уверенности в себе, стремление измениться	Сближение «Я-идеального» с мужским эталоном за счет возрастания маскулинной составляющей	Имитативное поведение, создание образа будущего, коррекция «линии времени»
Отождествление с эталоном	Экологическая проверка (исчезновение в воображении препятствий для сексуальных контактов с лицами противоположного пола)	Изменение невербального поведения пациента, появление признаков подражания эталону	Сближение реального и идеального «Я», уменьшение расстояния «Я-реальное» — «мужчина должен быть...», увеличение — «Я-реальное» — «мужчина — сексуальный партнер»	Методики работы с позой и походкой, субмодальностями «слияние якорей», паттерн «взмаха». Терапевтические аналогии и метафоры
Выбор референтной группы	Разведение объекта референции (эталона) и объекта сексуального влечения	Исчезновение тревоги	Увеличение расстояния «Я-идеальное» — «реальный сексуальный партнер» (т.е. аутоэротизм), удаление идеального объекта сексуального влечения от идеального «Я», т.е. смена референтной группы	Терапевтические аналогии и метафоры, рефрейминг критериев и ограничений
Выработка и реализация поведения, замещающего парафильное поведение	Дезактуализация аномального сексуального влечения, исчезновение фантазий	Появление других форм поведения	Уменьшение фемининной составляющей «Я-идеального», смена типа идентичности (по S. Bem)	Рефрейминг поведения — шестишаговый, семишаговый в трансе, договор «между частями», создание новой «части»

«лица с психическими расстройствами, совершившие сексуальные преступления» выделяются в отдельную категорию, к которой относятся «сексуальные психопаты», «сексуально опасные» и «дефективные преступники», совершившие сексуальные преступления (в особенности в отношении детей), и лица со стойким и повторяющимся преступным поведением.

После принятия в 1937 г. в штате Мичиган специального закона, распространяющегося на этот тип правонарушителей, в течение двух десятилетий аналогичные законы приняли более половины штатов страны. Эти законы, оставшиеся «гражданскими» и обеспечивавшие психиатрическое лечение, допускали неопределенную продолжительность стационирования и предусматривали незначительные процессуальные гарантии прав обвиняемого. В период реформ законодательства о психическом здоровье, пришедшийся на 60—70-е годы XX в., эти законы стали оспариваться в суде из-за неясных и расплывчатых определений понятия опасности, которые допускали длительное стационирование лиц с различными формами аномального сексуального поведения (продолжительность госпитализации часто превышала срок возможного наказания). Критический пересмотр специальных законов, касающихся лиц, совершивших сексуальные преступления, привел к тому, что в 1967 г. Верховный суд США постановил: хотя рассмотрение дел «сексуальных психопатов» может быть по своему характеру «гражданским», в этих случаях необходимы бóльшие процессуальные гарантии. В результате 13 штатов отменили прежние законы, а 12 — внесли в них различные изменения, направленные на обеспечение большего соблюдения надлежащих процессуальных норм и установление ограничений сроков стационирования [Bracel S.J., Parry J., Weinter B.A., 1985]. Подход же к рассмотрению сексуальных преступлений как особых, специфических аномальных форм поведения остается неизменным.

Примером практической реализации вышеуказанного подхода к рассмотрению сексуальных преступлений является положение в штате Массачусетс, одна из статей Общего закона которого устанавливает необходимость диагностического обследования лиц, обвиняемых в сексуальном правонарушении. Такое обследование проводится до вынесения приговора и в числе других задач нацелено на выявление прогноза и степени опасности вероятного поведения. В случае вынесения решения о возможности повторения противоправного сексуального поведения в будущем обвиняемый может быть направлен в специальный лечебный центр Департамента психического здоровья вместо или одновременно с тюремным заключением [Cohen M.L., 1969; Groth A.N., 1977].

Подобные подходы к рассмотрению сексуальных правонарушений наблюдаются в Германии. Согласно параграфу 65 УК страны, лица, совершившие сексуальные преступления, составляют одну из 4 групп, в отношении которых предполагается возможность их направления в медицинские учреждения, которые носят название «социотерапевтические». Примечательно, что другой группой в этом ряду являются «уменьшенно вменяемые». Таким образом, осуществление терапевтических и психокоррекционных мер ставится в зависимость не столько от степени сохранности или нарушения произвольности поведения, сколько от риска рецидива аномального поведения, предупреждение которого является основной целью подобных учреждений. Подобный подход основывается на датском опыте, в соответствии с которым преступникам, совершившим определенные виды преступлений, по решению медико-психологических комиссий наказание заменяют терапевтическими мероприятиями.

Почти во всех землях Германии существуют социотерапевтические отделения в местах заключения, созданные в соответствии с параграфом 9 УК страны. В этом параграфе значится, что заключенный должен переводиться в социально-терапевтическое учреждение по собственному заявлению или с его согласия, если для его возвращения в общество «показаны особые терапевтические способы и социальная помощь». При этом предполагается возможность его возвращения обратно в места заключения, если становится очевидным, что этими способами нельзя достичь успеха.

Из краткого описания терапевтических концепций ясно, что в их основе лежит индивидуализированный подход к пациенту с применением биологических и психотерапевтических методов в различных соотношениях. Основным же остается психотерапевтическое воздействие, требующее специальных познаний в области сексологии парафилий.

Очевидно, что готовность к проведению терапевтических мероприятий должна в идеале существовать в психиатрической службе любой системы — будь то пенитенциарная или система принудительного лечения. В каждой из них будет свой особый круг вопросов, требующий детальной разработки. Так, для пенитенциарной системы актуальной является проблема условий содержания лиц, совершивших сексуальные деликты. Для системы принудительного лечения наиболее значимой остается проблема критериев социальной опасности, неразрывно связанная с разработкой объективных показателей актуальности девиантных влечений. Недостаточность применения в этих случаях только клинических критериев при особом значении психологических и психофизиологических исследований диктует необходимость создания комплексной программы динамической диагностики патологических сексуальных влечений.

При наличии задач, потенциально осуществимых этими службами, ни одна из них не может в должной мере решить главную — провести лечебные мероприятия в отношении основной патологии, напрямую связанной с социальной опасностью субъекта. В силу специфичности данной патологии, определяемой ее интегративным генезом, включающим влияние не только психопатологических, но и конституционально-дизонтогенетических, патопсихологических и патосексологических факторов, ее лечение должно осуществляться специалистами, имеющими особую подготовку. Единственно возможным как с организационной, так и с экономической точки зрения, по-видимому, является объединение таких специалистов в *профилированных лечебно-диагностических центрах*. Центры должны также обладать особой лабораторной базой, обеспечивающей динамический контроль за фармакологическим лечением и проведение психофизиологических экспериментов, диагностических и лечебных мероприятий. Основным препятствием для реализации терапевтических программ может стать их несоответствие существующим правовым и организационным основам применения мер медицинского характера.

Возможности реализации этих программ в современных условиях правомерно рассматривать в отношении трех категорий лиц:

1) *признанных невменяемыми*. Регуляция применения принудительных мер осуществляется в соответствии со статьями 97—104 УК РФ, предусматривающими четыре их формы (амбулаторное принудительное лечение, принудительное лечение в психиатрических стационарах общего или специализированного типа, стационаре с интенсивным наблюдением). Регламентация порядка применения этих мер по-прежнему содержится во «Временной инструкции», являющейся приложением к Приказу № 225 МЗ РСФСР от 21.03.1988 г.

При решающем значении иной психической патологии у экскульпированных лиц после терапии психотических и иных выраженных психических расстройств рекомендация о переводе в Центр может исходить от лечебного учреждения, проводящего принудительное лечение как изменение меры медицинского характера. В случаях преобладающей роли в экскульпации именно патологического сексуального влечения, которое проявлялось в рамках психопатологического состояния, исключавшего возможность осознания своих действий или руководства ими, рекомендация о направлении в Центр может содержаться уже в экспертном заключении;

2) *признанных ограниченно вменяемыми.* Применение принудительных мер осуществляется согласно тем же статьям УК. Причем часть 1 статьи 104 УК подразумевает, что так называемые ограниченно вменяемые (обнаруживающие психические расстройства, не исключающие вменяемости), так же, как и нуждающиеся в лечении от алкоголизма или наркомании, могут получать только амбулаторное психиатрическое лечение и только по месту отбывания наказания, и лишь при осуждении к иным видам наказания — в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную помощь. При этом сроки проведения лечения жестко ограничены сроками назначенного наказания и не подразумевают оказание помощи после его завершения за исключением тех редких случаев, когда пациент уже по своей инициативе принимает решение продолжить лечение.

Вместе с тем в Уголовно-исправительный кодекс РФ (УИК РФ) вводится понятие «лечебных исправительных учреждений», предназначенных для упомянутых категорий осужденных, среди которых лица с патологией влечений являются одной из наиболее вероятных групп правонарушителей. Отсутствие четких разъяснений о положении и структуре подобных учреждений не дает оснований с уверенностью говорить о их потенциальном соответствии упомянутым критериям, однако оставляет на это некоторую надежду;

3) *признанных полностью вменяемыми.* Интересно, что этот вариант вызывает иногда недоумение у юристов, для которых подобная ситуация, когда человек, поведение которого напрямую вытекает из сути расстройства, может, оказывается, быть признан вменяемым, кажется нонсенсом. Тем не менее для судебно-психиатрической практики эта ситуация является вполне привычной и определяет до 50 % наблюдений. Недоумение юристов понятно, поскольку ими во многом движет прагматизм, тогда как психиатрами — достаточно жесткая концептуальная схема вменяемости-невменяемости, в рамках которой зачастую трудно аргументировать снижение произвольности поведения даже при наличии очевидных причинно-следственных связей между деликтом и патологическим влечением.

Оказание психиатрической помощи данной группе лиц не предусмотрено, поскольку, несмотря на наличие у таких больных явных расстройств сексуального поведения, понятие «психические расстройства, не исключающие вменяемости», на них не распространяется, так как в соответствии со статьей 22 УК РФ подразумевает его использование исключительно в отношении лиц, неспособных во время совершения преступления осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в полной мере, т.е. лиц, «ограниченно» вменяемых. Теоретически помощь этим больным может быть оказана в общем порядке, т.е. в соответствии с Законом о психиатрической помощи. Однако вся мировая практика свидетельствует о том, что самостоятельное обращение таких пациентов практически эксвизитно и чаще происходит при создании альтернативного выбора между наказанием и лечением.

Однако эта группа может составить аналогию лицам с алкогольной или наркотической зависимостью и поэтому нуждается в оказании специализированной помощи на тех же правовых основаниях. К сходным выводам приходят и зарубежные специалисты. Так, A.L. Brody и R. Green (1994) критикуют принятый в 1990 г. штатом Вашингтон «Акт сексуального хищника», в соответствии с которым судам предоставляется право осуждения сексуальных преступников на содержание в психиатрических учреждениях практически пожизненно, если они признаются «сексуальными хищниками», т.е. людьми, склонными к повторным тяжким сексуальным деликтам. Они освобождаются только при предоставлении убедительных доказательств, что никогда в дальнейшем не будут угрожать окружающим. Авторы указывают на антинаучность закона, поскольку осуществляемые виды лечения неадекватны целям обеспечения будущей безопасности, а также в связи с тем, что закон неоправданно сужает когорту лиц, нуждающихся в лечении. Они доказывают обоснованность превентивного задержания, проводимого психиатрами, по аналогии с привычно пьющими водителями.

Список литературы

Акмаев И.Г., Калимуллина А.Б. Миндалевидный комплекс мозга. Функциональная морфология и нейроэндокринология. — М., 1993. — 272 с.

Александрович А.В., Аракелова Г.Б., Мочалова О.Б. и др. Опыт применения метода бодиарттерапии в комплексном лечении душевнобольных//Московский психотерапевтический журн. — 1998. — № 1. — С. 85—91.

Андреас К., Андреас С. Измените свое мышление и воспользуйтесь результатом. — Новосибирск, 1993.

Андреев А.С. Клинико-биологическое исследование инверсии психосексуальной ориентации у мужчин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1993.

Аномальное сексуальное поведение/Под ред. Ткаченко А.А. — М., РИО ГНЦСиСП им. В.П. Сербского. — 426 с.

Антонян Ю.М. Психология убийства. — М., 1997.

Антонян Ю.М., Верещагин В.А., Потапов С.А., Шостакович Б.В. Серийные сексуальные убийства. Криминологическое и патопсихологическое исследование. — М., 1997. — 201 с.

Антонян Ю.М., Голубев В.П., Кудряков Ю.Н. Изнасилования: причины и предупреждения: Пособие. — М.: ВНИИ МВД СССР, 1990. — 192 с.

Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. — М.: Наука, 1991. — 248 с.

Антонян Ю.М., Позднякова С.П. Сексуальные преступления и их предупреждения. Учебное пособие. — М.: ВНИИ МВД СССР, 1991. — 104 с.

Асанова Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми. — М., 1997.

Афанасьев С.А., Иванов В.И., Новик В.В. Особенности расследования сексуально-садистских убийств: Учебное пособие. — СПб., 1993. — 80 с.

Беззубова Е.Б. Деперсонализация как расстройство развития самосознания//Журн. невропатол. и психиатр. — 1993. — № 7. — С. 40—44.

Беляева В.В., Семенович А.В. Некоторые особенности психических процессов у лиц с нарушениями психосексуальной ориентации/Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами. — Харьков, 1990. — С. 162—163.

Беляева В.В., Семенович А.В., Адигамов М.М. Клинико-экспериментальное исследование протекания психических процессов у лиц с нарушением психосексуальной ориентации по полу объекта//Сексология и андрология. — Вып. 1. — Киев, 1992. — С. 80—86.

Берлянд И.Е. Игра как феномен сознания. — Кемерово, 1992.

Бессонова Т.Л. Психологические особенности полоролевого самосознания и самопринятия личности студента педагогического ВУЗа: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1994.

Бианки В.Л. Церебральная асимметрия и пол//Проблемы нейрокибернетики. — Ростов-на-Дону, 1992. — С. 52—54.

Блюм Г. Психоаналитические теории личности. — М., 1996.

Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадаптация и реабилитация: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1994.

Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб., 1998. — С. 336.

Василенко Л.М. Психические нарушения у лиц с транссексуализмом, принципы лечения и реабилитации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995.

Введенский Г.Е. Гомосексуальность и психопатология//Современные проблемы психиатрии. — Казань, 1994. — С. 58—62.

Введенский Г.Е. Клинико-диагностические аспекты аномального сексуального поведения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1994.

Введенский Г.Е. Нарушения половой идентичности в современных классификациях психических и поведенческих расстройств//Материалы Междунар. конф. психиатров. — М., 1998. — С. 189—190.

Введенский Г.Е. Нарушения половой идентичности и психосексуальных ориентаций у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, коррекция, судебно-психиатрическое значение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук — М., 2000.

Введенский Г.Е. Некоторые критерии ограниченной вменяемости при аномальном сексуальном поведении//Серийные убийства и социальная агрессия. — Ростов-на-Дону, 1998. — С. 62—64.

Введенский Г.Е. Функциональные асимметрии у больных эндогенными психозами// Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Т. 90. — № 5. — С. 718—729.

Введенский Г.Е., Батамиров И.И., Пережогин Л.О., Ткаченко А.А. Функциональная асимметрия мозга у лиц с аномальным сексуальным поведением//Социальная клиническая психиатрия. — 1998. — № 3 — С. 14—16.

Введенский Г.Е., Хавкин А.Ю., Ахмедова О.С. Современные методы лечения лиц с парафилиями//Социальная и судебная психиатрия: история и современность — М., 1996. — С. 97—100.

Винокуров Б.Л. О современной систематике сексуальных расстройств//Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. — 1991. — № 4. — С. 14—25.

Винокуров Б.Л. Развитие систематики психосексуальных расстройств в американской психиатрии//Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. — 1993.— № 3. — С. 46—57.

Геодакян В.А. Асинхронная асимметрия (половая и латеральная дифференциация — следствие асинхронной эволюции)//Журн. высшей нервной деятельности. — 1993. — Т. 43, вып. 3. — С. 543—561.

Геодакян В.А. Проблемы передачи информации. — М., 1965. — Т. 1, № 1. — С. 105—112.

Геодакян В.А. Эволюционная теория пола//Природа. — 1991. — № 8. — С. 60—69.

Герасимов А.В., Ткаченко А.А. Особенности межличностного восприятия у лиц с агрессивным сексуальным поведением//Российский психиатрический журнал. — 1999. — № 2. — С. 23—31.

Герасимов А.В., Ткаченко А.А. Особенности межличностного восприятия и стратегии взаимодействия при сексуальном гомицидном поведении//Российский психиатрический журнал. — 1999. — № 4. — С. 25—31.

Годфруа Ж. Что такое психология. — М., 1993. — Т. 1—2.

Гроф С. За пределами мозга: рождение, смерть и трансценденция в психотерапии.— М., 1991.

Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. — Алма-Ата: Казахстан, 1990. — 215 с.

Гульман Б.Л. Сексуальные преступления. — Харьков: ИМП Рубикон, 1994. — 124 с.

Гурьева В. А., Дозорцева Е.Г. Дискуссионные вопросы ограниченной вменяемости несовершеннолетних//Ограниченная вменяемость. — М., 1996. — С. 40—46.

Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с аномалиями сексуального влечения//Проблемы современной сексологии и сексопатологии. — М., 1996. — С. 37—38.

Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением: Дис. ... канд. психол. наук. — М., 1998.

Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением//Сексуальное здоровье человека на рубеже веков. Материалы международной конференции. — М., 1999. — С. 100—102.

Дворянчиков Н.В. Регулятивная функция полоролевой идентичности у лиц с аномалиями сексуального влечения//Серийные убийства и социальная агрессия. — Ростов-на-Дону, 1998. — С. 76—80.

Дворянчиков Н.В., Ткаченко А.А. Некоторые дизонтогенетические механизмы формирования садизма//Российский психиатр. журн. — 1998. — № 3. — С. 4—9.

Деглин В.Л. Лекции о функциональной асимметрии мозга человека. — Амстердам—Киев. — 1996. — 76 с.

Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Левши. — М., 1994. — 214 с.

Догадина М.А. Особенности психосексуального развития малолетних и несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия. — Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1998.

Догадина М.А., Дворянчиков Н.В., Герасимов А.В. Психосексуальные расстройства у несовершеннолетних, потерпевших от сексуальных деликтов//Дети России: насилие и зашита. — М., 1997. — С. 80—83.

Догадина М.А., Ткаченко А.А. Некоторые особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия//Социальная и судебная психиатрия: история и современность. — М., 1996. — С. 356—358.

Дозорцева Е.Г. Аномальное развитие личности у подростков и юношей с делинквентным и криминальным поведением (психологический аспект): Дис. ... д-ра психол. наук. — М., 2000.

Докинз Р. Эгоистичный ген. — М., 1993. — 416 с.

Ениколопов С.Н., Герасимов А.В., Дворянчиков Н.В. Проблемы психологического исследования лиц с аномалиями сексуального влечения//Социальная и судебная психиатрия: история и современность. — М., 1996. — С. 382—385.

Ермолаев Д.В. Мозговая организация эмоций и психические расстройства//Новости науки и техники. — Вып. «Психиатрия». — 1998. — № 9. — С. 1—8.

Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. — Томск, 1993.

Зенков Л.Р. Бессознательное и сознание в аспекте межполушарного взаимодействия//Бессознательное. Многообразие видения.— Новочеркасск, 1994.— Т. 1.— С. 201—212.

Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции. — М., 1991.

Иващенко О.И., Елисеев А.В., Ткаченко А.А., Петина Т.В. ЭЭГ у лиц с аномальным сексуальным поведением//Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — № 3. — С. 18—27.

Иващенко О.И., Елисеев А.В., Ткаченко А.А., Петина Т.В. Межполушарная когерентность ЭЭГ у лиц с аномальным сексуальным поведением//Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова — 1997. — № 7. — С. 46—51.

Имелинский К. Сексология и сексопатология. — М.: Медицина, 1986. — 424 с.

Каган В.Е. Половая идентичность и развитие личности//Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 1991. — № 4. — С. 25—33.

Каган В.Е. Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Л., 1991.

Кандинский В.Х. К вопросу о невменяемости. — М., 1890.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. — М., 1994 — Т. 1—2.

Кемпер И. Практика сексуальной психотерапии. — Т. 2. — М., 1994.

Кимура Д. Половые различия в организации мозга//В мире науки.— 1992.— № 11—12. — С. 73—80.

Киснер К., Фрайбергер Г. и др. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. — М., 1999.

Кле М. Психология подростка. — М., 1991.

Ковальчук Ю.В. Социальные и психопатологические механизмы инцестного поведения//Серийные убийства и социальная агрессия. — Ростов-на-Дону, 1998. — С. 127—130.

Колпаков В.Г., Рицнер М.С., Корнетов Н.А. и др. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. — Новосибирск, 1985.

Кон И.С. Введение в сексологию. — М.: Медицина, 1988.

Кон И.С. Дети России: насилие и защита. — М., 1997. — С. 63—74.

Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополой любви. — М., 1998.

Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. — Киев: Здоров'я, 1990.

Корнетов Н.А. Глоссарий стандартизированного описания регионарных морфологических дисплазий для клинических исследований в психиатрии и неврологии. — Томск, 1996. — 74 с.

Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Обшая характеристика и закономерности развития//Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.— 1991. — № 1.— С. 8—14.

Котов А.В. Системные механизмы поведения и мотивация. — М., 1990.
Кочарян А.А. Полоролевая структура личности больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки//Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 4, вип. 29. — С. 156—160.
Кочарян А.А. Симптомокомплекс маскулинности в норме и патологии. — Киев, 1996.
Кочарян А.С. Личность и половая роль. — Харьков, 1996.
Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М.: Медицина, 1991.
Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. — СПб., 1909.
Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г. Смысловая сфера у лиц с особенностями психосексуальной ориентации//Психол. журн. — 1993. — № 4. — С. 107—117.
Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г., Симоненкова М.Б. Применение проективных методов для психологического исследования аномалий влечения/Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. — М., 1991. — С. 17—24.
Куниковский Ю.Е. Клинико-патогенетические механизмы агрессивных форм парафилий: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999.
Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. — М., 1996.
Лаговский А.Ю., Бегунова Л.А., Басенко М.С. Построение розыскных версий по делам о серийных изнасилованиях и убийствах, совершенных по сексуальным мотивам/Под ред. А.И. Скрыпникова. — М.: ВНИИ МВД России, 1997. — 64 с.
Лаговский А.Ю., Скрыпников А.И., Басенко М.С. Психологический портрет «серийного» сексуального преступника//Психологическое обозрение. — 1997. — № 2(5). — С. 42—46.
Лебединский В.В. и др. Эмоциональные нарушения у детей и их коррекция. — М., 1990.
Лев-Старович З. Нетипичный секс. — М., 1995.
Лоренц К. Агрессия. — М., 1994.
Мак-Фарленд Д. Поведение животных. Психобиология, этология и эволюция. — М., 1988.
Марута Н.А. Особенности эмоциональных нарушений у больных неврозами// Журн. неврол. и психиатр. — 1992. — Т. 92, № 5. — С. 81—83.
Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии. — М., 1998.
Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ-10). Классификация психических поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — Россия, СПб.: Оверлайд, 1994.
Менджерицкая Ю.А. Особенности когнитивной компоненты эмпатии к женщинам у сексуально-агрессивных преступников//Серийные убийства и социальная агрессия: Материалы 2-й Междунар. научн. конф. — Ростов-на-Дону, 1998. — С. 169—170.
Михайлова О.Ю., Менджерицкая Ю.А. Потребность в интимном общении и особенности эмпатического реагирования у сексуально агрессивных преступников// Социальная и судебная психиатрия: история и современность. — М., 1996. — С. 388—391.
Морозова И.Г. Психопатологическая структура и возрастная динамика синдрома нарушенных влечений в период пубертатного криза (клинические и судебно-психиатрические аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992.
Москвин В.А. Индивидуальные профили латеральности и некоторые особенности психических процессов (в норме и патологии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1990.
Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб., 1995. — 568 с.
Новоженов Ю.И. Статус-секс и эволюция человека. — Свердловск, 1991.
Носов Н.А. Психологические виртуальные реальности. — М., 1994.
Общая сексопатология/Под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1977.

Перехов А.Я. Клиника и динамика фетишного трансвестизма с синдромом отвергания пола: Автореф. дис. ... канд мед. наук. — М., 1996.
Перрец М. Научно-достоверная оценка психотерапии//Социальная и клин. психиатр. — 1995. — № 3. — С. 121—127.
Петина Т.В. Клинические особенности парафилий у лиц с психоорганическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1996.
Потапов С.А., Ткаченко А.А., Ушакова И.М., Шостакович Б.В., Якубова А.В. Клинико-социальная характеристика лиц, совершивших серийные сексуальные убийства//Насильственные преступления: природа, расследование, предупреждение. — М., 1994. — С. 93—99.
Проверка версии о виновном (использование специальных познаний): Методические рекомендации/Под ред. Г.А. Густова. — Институт повышения квалификации прокурорско-следственных работников. — СПб., 1992.
Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст//Проблемы становления личности. — М.: Мир, 1994. — 320 с.
Романов В.В. Юридическая психология. — М.: Юрист, 1998. — 488 с.
Русалов В.М. Пол и темперамент//Психол. журн. — 1993. — Т.14. — № 6. — С. 55—64.
Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. — Симферополь, 1993. — 286 с.
Сафуанов Ф., Шишков С. Экспертиза «правдивости» показаний//Законность. — 1992. — № 2. — С. 13—14.
Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. — М.: Гардарика, Смысл, 1998. — 192 с.
Сексопатология: справочник/Под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990.
Семенович А.В. Межполушарная организация психических процессов у левшей. — М., 1991.
Синьоре Ж.-П. Зачем нужны модели на животных?/Пол, секс, человек.— М., 1993.— С. 65.
Ситковская О.Д. Психология уголовной ответственности. — М.: Норма, 1998. — С. 8—48, 285.
Старович З. Судебная сексология. — М., 1991.
Судаков К.В. Системные механизмы поведения. — М., 1990.
Тарновский В.М. Извращение полового чувства. — СПб., 1885.
Тинберген Н. Социальное поведение животных. — М., 1993.
Ткаченко А.А. Биологические модели парафильного поведения/Социальная и судебная психиатрия: история и современность. — М., 1996. — С. 268—271.
Ткаченко А.А. Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с парафилиями// Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова — 1999. — № 2. — С.39—42.
Ткаченко А.А. Игровой мир трансгрессивной сексуальности: основания к психопатологической феноменологии парафилий//Логос. — 1998. — № 1. — С. 240—248.
Ткаченко А.А. Клинико-патогенетические основы психопатологии парафилий. — Там же. — С. 181—183.
Ткаченко А.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц с парафилиями: Методические рекомендации. — М., 1995. — 24 с.
Ткаченко А.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц к экспертной оценке лиц с парафилиями/Сексопатология и андрология: Лекции для врачей. — Киев, 1995. — С. 126—148.
Ткаченко А.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: организационные аспекты. — Методические рекомендации. — М., 1996. — 24 с.
Ткаченко А.А. Нарушения саморегуляции при парафильном поведении: искажения сознания и самосознания/Серийные убийства и социальная агрессия. — Ростов-на-Дону, 1998. — С. 228—231.
Ткаченко А.А. Парафилии и аномальное сексуальное поведение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 1994.
Ткаченко А.А. Правовые нормы и организационные принципы лечения лиц с парафилиями/Материалы Междунар. конф. психиатров. — М., 1998. — С. 177—178.

Ткаченко А.А. Предпосылки и перспективы культурологических исследований аномального сексуального поведения/Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. — М., 1996. — С. 172—179.
Ткаченко А.А. Сексуальные извращения — парафилии. — М., 1999. — 461 с.
Ткаченко А.А. Социальные детерминанты аномального сексуального поведения/Очерки социальной психиатрии. — М., 1998. — С. 186—218.
Ткаченко А.А. Филогенетические и дизонтогенетические механизмы парафилий// Новости науки и техники. — Вып. «Психиатрия». — 1997. — № 5. — С. I—VIII.
Ткаченко А.А. Эволюционно-биологическая концепция парафилий//Журн. неврол. и психиатр. — 1998. — № 5. — С. 65—67.
Ткаченко А.А., Введенский Г.Е. Березанцев А.Ю. Реабилитационно-терапевтическая программа для принудительного лечения больных с извращенностью и расторможенностью влечений/Принудительное лечение психически больных. — М., 1996. — С. 124—141.
Ткаченко А.А., Введенский Г.Е. К вопросу о систематике парафилий/Судебная и социальная психиатрия 90-х годов. — Киев—Харьков—Днепропетровск, 1994. — С. 54—56.
Ткаченко А.А., Введенский Г.Е. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: определение психического пола/Сексопатология и андрология. — Вып.3. — Киев, 1996. — С. 46—65.
Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексологическая экспертиза. — Т. I. — М.: РИО ГНЦСиСП им. В.П. Сербского, 1998. — 358 с.
Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебно-сексологическая экспертиза. — Т. II. — М.: РИО ГНЦСиСП им. В.П.Сербского, 1999. — 312 с.
Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Королева Е.М. Психопатология парафильного поведения//Российский психиатр. журн. — 1998. — № 1. — С. 44—49.
Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Шемякина Т.К. Феноменология измененных состояний сознания при парафильном поведении//Неврол. вестн. журн. им. В.М. Бехтерева. — 1996. — Т. XXVII.— Вып. 3—4. — С. 22—27.
Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Шемякина Т.К., Симоненкова М.Б. Гомопедофильное садистское поведение/Серийные убийцы. Избранные экспертизы. — Ростов-на-Дону: ЛРНЦ Феникс, 1994. — С. 88—124.
Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Герасимов А.А. Некоторые механизмы гомицидного садистического поведения//Российский психиатр. журн. — 2000. — № 5. — С.25—31.
Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Догадина М.А. Онтогенстические механизмы формирования способности к восприятию гендерных качеств у несовершеннолетних жертв сексуального насилия//Российский психиатр. журн.— 1999.— № 2.— С.13—18.
Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Ковальчук Ю.А. Механизмы инцестного поведения//Российский психиатр. журн. — 2000. — № 1. — С. 6—13.
Тюйе П. Гомосексуализм в зеркале психиатрии/Пол, секс, человек. — М., 1993. — С. 108—115.
Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. — М., 1992.
Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука, 1989. — 455 с.
Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности/Психология бессознательного. — М., 1990.
Фрейд З., Брейер Д. Исследование истерии./Фрейд З. Избранное. — М., 1989.
Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. — М., 1996. — 448 с.
Хаит Н.З. Половые расстройства у мужчин при поражении гипоталамуса. — Обнинск, 1993.
Хейзинга Й. Homo ludens. — М., 1992.
Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. — Т. 1. — М.: Педагогика, 1986. — 408 с.
Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции. — М., 1992.
Хомская Е.Д., Ефимова И.В., Будыка Е.В., Ениколопова Е.В. Нейропсихология индивидуальных различий. — М., 1997.
Хорни К. Женская психология. — СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993. — 222 с.

Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. — СПб.: Питер-Пресс, 1997. — С. 182—187.
Частная сексопатология/Под ред. Г.С. Васильченко. — Т. 2. — М.: Медицина, 1983. — 352 с.
Шаихова Б.З./Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. — М., 1993. — С. 36—42.
Шевченко Ю.С. Патологические привычные действия у детей и подростков и принципы их терапии с позиций концепции психического дизонтогенеза//Соц. и клинич. психиатр. — 1992. — Т. 2. — Вып. 1. — С. 11—21.
Шевченко Ю.С. Этиологические механизмы патологических привычных действий у детей и подростков//Культуральные и этнические проблемы психического здоровья/Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.С. Положего. — М., 1996. — С. 189—193.
Шишков С.Н. Могут ли психологические и психиатрические заключения служить доказательствами?//Законность. — 1997. — № 7. — С. 41—44.
Шишков С.Н. Формы использования психиатрических познаний на предварительном следствии (практическое пособие). — Железногорск, 1996.
Шостакович Б.В. Половые преступления против детей и подростков. — М., 1992. — С. 17—19.
Шостакович Б.В., Маркова М.Н., Смирнова Л.К., Ткаченко А.А. Уровень половых гормонов у мужчин с нарушением сексуального поведения в виде эксгибиционизма//Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Т. 90, № 5. — С. 112—116.
Шостакович Б.В., Ткаченко А.А. Эксгибиционизм. — Таганрог: Сфинкс, 1991.
Эвола Ю. Метафизика пола. — М., 1996.
Эльконин Д.Б. Игра и психическое развитие/Избранные психологические труды. — М., 1992. — С. 136—156.
Эриксон Э. Идентичность, юность и кризис. — М.: Академия, 1996.
Юнг К.Г. Либидо, его метаморфозы и символы. — СПб.: Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 1994. — 416 с.
Юнг К.Г. Структура психики и процесс индивидуации. — М.: Наука, 1996. — 269 с.
Ясперс К. Общая психопатология. — М., 1997.

Abrams S. Polygraph and the pedophile. — Dallas, 1995.
Abrams S., Abrams J. Polygraph testing of the pedophile. — Portland: Ryan Gwiner Press, 1993.
Almeida D., Kessler R. Everyday stressors and gender differences in daily distress//J. of Personality and Social Psychology — 1998. — Vol. 75, N 3. — P. 670—680.
Arndt W. Gender disorders and the paraphilias. — Madison, CT: International Universities Press, 1991.
Aube J., Norcliffe H., Craig J., Kostner R. Gender characteristics and adjustment-related outcomes: questioning masculinity model//Personality and Social Psychology Bulletin. — 1995. — Vol. 21. — P. 285—295.
Barth R., Kinder B. The mislabeling of sexual impulsivity//J. Sex Marital Ther. — 1987. — Vol. 13. — P. 15—23.
Beaty L. Effects of paternal absence on male adolescents peer relations and self-image// Adolescence. — 1995. — Vol. 30. — P. 873—80.
Becker J. et al. Hand preference, immune system disorder and cognitive function among gay/bisexual men//Neuropsychologia. — 1992. — Vol. 30, N 3. — P.229—235.
Bem S. Beyond androginy: Some presumptions prescriptions for a liberal sexual identity/J. Sherman, F. Denmark (Eds.), Psychology of women: future directions and research.— New York: Psychological dimensions, 1978.
Benezech M. Le psychiatre et la scene du crime: au sujet du profilage psychologique de l'agresseur homicide//Annales medico-psychologiques. — 1999. — Vol. 157. — P. 41—46.
Benjamin H. The transsexual phenomenon: a scientific report on transsexualism and sex conversion in the human male and female. — New York: Julian Press, 1964.
Blanchard R. Clinical observations and systematic studies of autogynephilia//J. Sex Marital Ther. — 1991. — Vol. 17, N 4. — P. 235—251.
Blanchard R. Partial versus complete autogynephilia and gender dysphoria//J. Sex Marital Ther. — 1993. — Vol. 19, N 4. — P. 301—307.

Blanchard R. The she-male phenomenon and the concept of partial autogynephilia//J. Sex Marital Ther — 1993. — Vol. 19, N 1. — P. 69—76.
Bodlund O., Armelius K. Self-image and personality traits in gender identity disorders: an empirical study//J. Sex Marital Ther. — 1994. — Vol. 20, N 4. — P. 303—317.
Bodlund O., Kullgren G., Sundbom E., Hojerback T. Personality traits and disorders among transsexuals//Acta Psychiatr. Scand. — 1993. — Vol. 88, N 5. — P. 322—327.
Bourget D., Bradford J. Sex offenders who claim amnesia for their alleged offense//Bull of the amer. acad. of psych. the law. — 1995. — Vol. 23, N 2. — P. 299—307.
Bourgoin S. Serial killers enquete sur les tueurs en serie. — Grasset, 1993.
Bradford J. Organic treatment for the male sexual offender//Ann. N.Y. Academy Sciences. — 1988 — Vol. 528. — P. 193—202.
Bradford J., Boulet M., Pawlak M. The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviours// Can. J. Psychiatry. — 1992. — Vol. 37. — P. 104—108.
Bradford J., Gratzer T. A treatment for impulse control disorders and paraphilia//Can. J. Psychiatry. — 1995. — Vol. 40, N 1. — P. 4—5.
Bradley S., Alabama K. Interim report of the DSM-IV subcommittee on gender identity disorders//Arch. Sex Behav. — 1991. — Vol. 20, N 4. — P. 333—343.
Bradley S., Zucker K. Gender identity disorder: a review of the past 10 years//J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1997 — Vol. 36, N 7. — P. 872—880.
Brittain R. The Sadistic Murderer//Medicine, Science and the Law. — 1970. — Vol. 10. — P. 198—207.
Brown G. A review of clinical approaches to gender dysphoria//J. Clin. Psychiatry. — 1990. — Vol. 51, N 2. — P. 57—64.
Bryson S., McLaren J., Wadden N., MacLean M. Differential asymmetries for positive and negative emotion: hemisphere or stimulus effects?//Cortex.— 1991.— Vol. 27, N 3.— P. 359—365.
Bushong C. (1995) htpp://www.bushong.com.
Card R., Dibble A. Predictive value of the card/farrall stimuli in discriminating between gynephilic and pedophilie sexual offenders//Sexual abuse: J. Res. Treat. — 1995. — Vol. 7, N 2. — P. 312—334.
Carrier J. De los otros: intimacy and homosexuality among mexican men. — N.Y.: Columbia Univ. Press, 1995.
Cherney I., Ryals B. Gender-linked differences in the incidental memory of children and adults//J. of Exp. Child Psychol. — 1999. — Vol. 72. — P. 305—328.
Christianson S., Saiso J., Garvill J., Silfvenius H. Hemisphere inactivation and mood-state changes//Brain Cogn. — 1993. — Vol. 23, N 2. — P. 127—144.
Cohen L., de Ruiter C., Ringelberg H., Cohen-Kettenis P. Psychological functioning of adolescent transsexuals: personality and psychopathology//J. Clin. Psychol. — 1997. — Vol. 53, N 2. — P. 187—96.
Cohen-Kettenis P., van Goozen S. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study//J. amer. acad. child adolesc. psychiat. — 1997. — Vol. 36, N 2. — P. 263—271.
Cohn L. Sex differences in the course of personality development: a meta-analysis//Psychol Bull. — 1991. — Vol. 109, N 2. — P. 252—266.
Coleman E. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior// Amer. J. Preventive Psychiat Neurol. — 1990. — Vol. 2, N 3. — P. 9—14.
Coleman E., Cesnik J., Moor A., Dwyer S. An explratory study of the role of psychotropic medication in the treatment of sex offenders//J. of offender rehabilitation. — 1992. — Vol. 18. — P. 75—88.
Comings D. Role of genetic factors in human sexual behavior based on studies of Tourette syndrome and ADHD probands and their relatives//Amer. J. Med. Genet. — 1994. — Vol. 54, N 3. — P. 227—241.
Davis M., Luce C., Kraus S. The heritability of characteristics associated with dispositional empathy//J. Personality. — 1994. — Vol. 62, N 3. — P. 369—391.
Davis P. Gender differences in autobiographical memory for childhood emotional experiences//Personality and social psychology — 1999. — Vol. 76, N 3. — P. 498—510.
Diagnostical and statistical manual of mental disorders. 3rd rev. ed. — Washington: Amer. Psychiat. Ass., 1987.
Diagnostical and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. — Washington. DC: Amer. Psychiat. Ass., 1994.

Disorders Statistic Manual — IV (DSM-IV) Draft criteria Task force on DSM-IV. — Waschington, Amer. Psychol. Ass., 1993. — P. 616.
Docter R. Transvestites and transsexuals: toward a theory of cross-gender behavior. — New York, Plenum Press, 1988.
Dohi I. A comparison of two models of gender-related schematic processing//Shinrigaku Kenkyu. — 1994. — Vol. 65, N 1. — P. 61—66.
Doom C., Poortinga J., Verschoor A. Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals//Arch. Sex Behav. — 1994. — Vol. 23, N 2. — P. 185—201.
Dorner G. Hormonabhangiage sexuele Fehlstenerung//Szewczy H., Burhardt H. (Hrsg).Sexualitat. — Berlin: VEB Gustav Pischer, 1978.
Dorner G. Sex-hormone dependent brain differentiation and reproduction. — Handbook of sexology. — Amst.—London—N.Y., 1978.
Durner G. Sex-specific gonadotrophin secretion, sexual orientation and gender role behaviour. Endokrinologie — 1985. — Vol. 86. — P. 1—6.
Eibl-Eibesfeldt A. Human ethology. — N.Y. — 1985. — 357 p.
Erikson M. (1939) Эриксон М. Экспериментальные проявления психопатологии повседневной жизни/Передовые приемы техники гипноза и терапии. — Свердловск. 1991. — С. 562—583.
Erikson M., Erikson E. (1941) Эриксон М., Эриксон Е. Природа и характер постгипнотического поведения/Передовые приемы техники гипноза и терапии. — Свердловск, 1991. — С. 318—352.
Erikson M., Quby L. (1939) Эриксон М., Кьюби Л. Постоянное перманентное смягчение навязчивой фобии посредством коммуникации с неизвестной ранее двойственной личностью/Передовые приемы техники гипноза и терапии. — Свердловск, 1991. — С. 485—517.
Farrall W., Card R. Advancements in physiological evaluation of assessment and treatment of the sexual aggressor//Ann. N.Y. Acad. Sci. — 1988. — Vol. 528. — P. 234—252.
Feingold A. Gender differences in personality: A metaanalysis//Psychol. Bull. — 1994. — Vol. 116. — P. 429—456.
Finkelhor D.//Amer. J. Orthopsychiat. — 1995. — Vol. 65. — P. 177—193.
Flor-Henry P. Cerebral aspects of sexual deviation/G.D. Wilson (Ed.), Variant sexuality: research and theory.— Beckenham, Kent, 1987. England: Croom Helm Ltd.— P. 49—81.
Flor-Henry P. Mood the right hemisphere and the implications of spatial information perceiving systems//Research Comm in Psychology, Psychiatry and Behavior. — 1983 — Vol. 8, N2 — P. 143—170.
Flor-Henry P., Lang R., Koles Z., Frenzel R. Quantitative EEG Investigations of Genital Exhibitionists//Ann. Sex Research. — 1988 — Vol. 1. — P. 49—62.
Flor-Henry P., Lang R., Koles Z., Frenzel R. Quantitative EEG studies of pedophilia//Internat J. Psychophysiol. — 1991. — Vol. 10. — P. 253—258.
French L. A practitioner's notes on treating sexual deviance//Psychol Rep — 1991. — Vol. 68, N 3. — P. 1195—1198.
Frosh S. Sexual difference: masculinity and psychoanalysis. — London: Routledge, 1994.
Garza-Trevino E. Neurobiological factors in aggressive behavior//Hospital and Community Psychiatry. — 1994. — Vol. 45. — P. 690—700.
Goodman A. Diagnosis and treatment of sexual addiction//J. Sex Marital Ther. — 1992. — Vol. 18. — P. 225—242.
Gopnik A., Wellman H. The theory theory/L. Hirschfeld, S. Gelman (Eds.), Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture. — New York: Cambridge University Press, 1994. — P. 257—293.
Gotestam K. et al. Handedness, dyslexia and twinning in homosexual men//J. Neurosci. — 1992. — Vol. 63, N 3—4. — P. 179—186.
Gratzer T., Bradford J. Offender and offense characteristics of sexual sadists: a comparative study//J. Forensic Sci. — 1995. — Vol. 40, N 3 — P. 450—455.
Grindstaff B. Report to the Oregon department of corrections sex offender network group. — 1991.
Grossman L., Cavanaugh J. Psychopathology and denial in alleged sex offenders//J. Nerv Ment. Dis. — 1990. — Vol. 178, N 12. — P. 803—811.

Grossman M., Wood W. Sex differences in intensity of emotional experience: a social role interpretation//J. Person. Soc. Psychol. — 1993. — Vol. 65, N 5. — P. 1010—1022.
Groth A. Men who rape: the psychology of the offender. — New York, Plenum Press, 1979.
Grubin D. Predictors of risk in serious sex offenders//Brit. J. Psychiat. — 1997. — Vol. 72, Supl. 32. — P. 17—22.
Grubin D. The classification of rapists//Prison service journal. — 1992. — N 85. — P. 45—55.
Gruzelier J. Syndromes of schizophrenia and schizotypy, hemispheric imbalance and sex differences: implications for developmental psychopathology//Int J. Psychophysiol. — 1994. — Vol. 18, N 3. — P. 167—78.
Gruzelier J., Doig A. The factorial structure of schizotypy. II. Patterns of cognitive asymmetry, arousal, handedness and gender//Schizophr. Bull. — 1996. — Vol. 22, N 4. — P. 621—634.
Gruzelier J., Kaiser J. Syndromes of schizotypy and timing of puberty//Schizophrenia Research. — 1996. — Vol. 21. — P. 183—194.
Gur R., Skolnick B., Gur R.E. Effects of emotional discrimination tasks on cerebral blood flow: regional activation and its relation to performance//Brain Cogn. — 1994. — Vol. 25, N 2. — P. 271—286.
Hall G. Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies//J. Consult. Clin. Psychol. — 1995 — Vol. 63, N 5. — P. 802—809.
Halloran E., Doumas D., John R., Margolin G. The relationship between aggression in children and locus of control beliefs//J. Genet Psychol. — 1999. — Vol. 160, N 1. — P. 5—21.
Hanson R., Scott H. Assessing perspective-taking among sexual offenders, nonsexual criminals, and offenders//Sexual Abuse: J. Res. Treat. — 1995. — Vol. 7. — P. 259—277.
Harnell W. Issues in the assessment and treatment of the sex addict/offender//Sex Addiction & Compulsvity. — 1995. — Vol. 2, N 2. — P. 89—97.
Harnqvist K. Gender and grade differences in latent ability variables//Scand J. Psychol. — 1997. — Vol. 38, N 1. — P. 55—62.
Hartmann U., Becker H. Gender identification disorders from the clinical perspective. A contribution from psychiatric practice//Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1994. — Vol. 62, N 8. — P. 290—305.
Heilbrun A. Human sex-role behavior. — Pergamon Press, Emory University, 1981. — P. 19—167, 212.
Herkov M., Gynther M., Thomas S., Myers W. MMPI differences among adolescent inpatients, rapists, sodomists, and sexual abusers//J. Person. Assess. — 1996. — Vol. 66, N 1. — P. 81—90.
Herlitz A., Nilsson L., Backman L. Gender differences in episodic memory// Memory and cognition. — 1997. — Vol. 25, N 6. — P. 801—811.
Herzog D., Newman K., Warshaw M. Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males//J. Nerv. Ment. Dis. — 1991. — Vol. 179, N 6. — P. 356—359.
Hollander E. Obsessive-compulsive related disorders. — Amer. Psychiat. Press, Inc. Washington, D.C., 1993.
Hudson S., Marshall W., Wales D., McDonald E., Bakker L., McLean A. Emotional recognition skills of sex offenders//Ann. Sex Research. — 1993. — Vol. 6. — P. 199—211.
Humbert P. Polygraph usage in the state of Oregon. Report of the Oregon Polygraph Licensing Advisory Committee, 1990.
Hyde J., Fennema E., Lamon S. Gender differences in mathematics performance: a meta-analysis//Psychol. Bull. — 1990. — Vol. 107, N 2. — P. 139—155.
Ishida E. Cognition-correlation indices of gender schema: tests of validity//Shinrigaku Kenkyu. — 1994. — Vol. 64, N 6. — P. 417—425.
Jensen L., Huber C., Cundick B., Carlson J. Development of a self-theory and measurement scale//J. Person. Assess. — 1991. — Vol. 57, N 3. — P. 521—530.
Johnsen B., Hugdahl K. Right hemisphere representation of autonomic conditioning to facial emotional expressions//Psychophysiology. — 1993. — Vol. 30, N 3. — P. 274—278.

Johnson M., Jones G., Brems C. Concurrent validity of the MMPI-2 feminine gender role (GF) and masculine gender role (GM) scales//J. Person. Assess. — 1996. — Vol. 66, N 1. — P. 153—168.
Jones N., Fox N. Electroencephalogram asymmetry during emotionally evocative films and its relation to positive and negative affectivity//Brain Cogn.— 1992.— Vol. 20, N 2.— P. 280—299.
Kaiser J., Gruzelier J. Pubertal timing and EEG coherence during photic stimulation. — X World congress of psychiatry/— Madrid, August 23—28, 1996. — Abstr. — Vol. 1. — P. 193.
Kelly T., Britton P. Sex differences on an adaptation of the Digit Symbol subtest of the Wechsler Intelligence Scale for Children-III//Perception and Motivational Skills. — 1996. — Vol. 83, N 3. — P. 843—847.
Kling K., Hyde J., Showers C., Buswell B. Gender,differences in self-esteem: a meta-analysis//Psychol. Bull. — 1999. — Vol. 125, N 4. — P. 470—500.
Koestner R., Aube J. A multifactorial approach to the study of gender characteristics |Review|//J. Person. — 1995. — Vol. 63, N 3. — P. 681—710.
Kosutova L., Weiss P. Psychological characteristics of deviant sexual aggressors//Sesk. Psychiatr. — 1993. — Vol. 89, N 6. — P. 363—368.
Kring A., Gordon A. Sex differences in emotion: expression, experience, and physiology// J. Person. Soc. Psychol. — 1998. — Vol. 74, N 3. — P. 686—703.
Landen M., Walinder J., Hambert G., Lundstrom B. Factors predictive of regret in sex reassignment//Acta Psychiatr. Scand. — 1998. — Vol. 97, N 4. — P. 284—289.
Langevin R. et al. Sexual sadism: brain, blood, and behavior//Human Sexual aggression. — Ann. N.Y. Acad. Sci. — 1988. — P. 172—182.
Langevin R., Bain J., Ben-Aron M. et al. Sexual agression: constructing a predictive equation/R. Langevin (Eds.), Erotic preference, gender identity and agression in men. — Hillsdale, N.Y.: Lowrence Eribaum. — 1985. — P. 39—76.
Lawson H. Poligraph as a measure of progress in the assessment, and surveillance of sex offenders//Sexual addiction & compulsivity. — 1995. — Vol. 2, N 2. — P. 57—65.
Lee G., Loring D., Meador K. Influence of premorbid personality and location of lesion on emotional expression//Int. J. Neurosci. — 1993. — Vol. 72, N 3—4. — P. 157—165.
Levine S. Gender-disturbed males//J. sex marital ther.— 1993.— Vol. 19, N 2.— P. 131—141.
Levine S., Huttenlocher J., Taylor A., Langrock A. Early sex differences in spatial skill//Develop Psychol. — 1999. — Vol. 35, N 4. — P. 940—949.
Lucas M., Strijdom S., Berk M., Hart G. Quality of life, sexual functioning and sex role identity after surgical orchidectomy in patients with prostatic cancer//Scand J. Urol Nephrol. — 1995. — Vol. 29, N 4. — P. 497—500.
Lynn R., Martin T. Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations//J. Soc. Psychol. — 1997. — Vol. 137, N 3. — P. 369—373.
Maccoby E., Jacklin C. The psychology of sex differences. — Stanford. Univ. Press, 1974.
Maddock J., Larson N. Incestuouse families: an ecological approach to understanding and treatment. — N.Y., 1995.
Malamuth N., Brown L. Sexually aggressive men's perceptions of women's communications: Testing three explanations//J. Person. Soc. Psychol. — 1994. — Vol. 67. — P. 699—712.
Malamuth N., Linz D., Heavey C., Bames G., Acker M. Using the confluence model of sexual aggression to predict men's conflict with women: a 10-year follow-up study//J. Person. Soc. Psychol. — 1995. — Vol. 69, N 2. — P. 353—369.
Mandal M., Tandon S., Asthana H. Right brain damage impairs recognition of negative emotions//Cortex. — 1991. — Vol. 27, N 2. — P. 247—253.
Marantz S., Coates S. Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls//J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiat.— 1991.— Vol. 30, N 2.— P. 310—315.
Markus H. Wurf E. The dynamic self-concept : a social psychological perspective//Ann. review of psychology. — 1987. — Vol. 38. — P. 300—327.
Marongiu S., Ekehammar B. Gender and projective imagination of threat in achievement and affiliation situations//Scand. J. Psychol — 1998. — Vol. 39, N 2. — P. 65—74.

Marshall W., Barbaree H. An integrated theory of the etiology of sexual offending/W.L. Marshall, D.R. Laws, H.E. Barbaree (Eds.), Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender. — New York: Plenum, 1990. — P. 257—275.
Martin C. New directions for investigating children gender knowledge//Developmental review. — 1993. — Vol. 13. — P. 184—204.
Masters W., Johnson V. Human sexual inadequacy, Boston: Little, Brown, 1972.
McCarthy B. Sexually compulsive men and inhibited sexual desire//J. Sex Marital. Ther.— 1994. — Vol. 20. — P. 200—209.
McConaghy N., Zamir R. Heterosexual and homosexual coercion, sexual orientation and sexual roles in medical students//Arch. Sex Behav. — 1995. — Vol. 24, N 5. — P. 489—502.
McCormic C., Witelson S., Kingstone E. Left-hendedness in homosexual men and women. Neuroendocrin implication//Psychoneuroendocrinology. — 1990. — Vol. 15. — P. 69—76.
McDowell C., Harrison D., Demaree H. Is right hemisphere decline in the perception of emotion a function of aging?//Int. J. Neurosci.— 1994.— Vol. 79, N 1—2.— P. 1—11.
McElroy S., Hudson J., Pope H. et al. The DSM-III-R impulse control disorders not elsewere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders//Amer. J. Psychiat — 1992. — Vol. 149. — P. 318—327.
McGlone J. Sex differences in human brain asymmetry: A critical survey//Behav. and brain sciences. — 1980. — Vol. 3. — P. 215—263.
McNally R. Behavioral treatment of zoophilic exibicionism//J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat. — 1991 — Vol. 22, N 4. — P. 281—284.
Mian M., Marton P., Le Baron D., Birtwistle D. Suspected child abuse and neglect program. — Ontario, 1994. — P. 46—57.
Money J. forensic sexology: paraphilic serial rape and lust murder//Amer. J. Psychother. — 1990. — N 1. — P. 26—36.
Money J. Lovemaps. — Buffalo, N.Y.: Prometheus Books, 1986.
Money J. Masochism: on the childhood origin of paraphlia, opponent-process theory, and antiandrogen therapy//J. Sex Research. — 1987. — Vol. 23, N 2. — P. 273—275.
Money J. Paraphilias: Phenomenology and Classification//Amer. J. Psychother.— 1984.— Vol. XXXVIII, N 2, April.
Money J. pedophilia: a specific instance of new philism theory as applied to paraphilic lovemaps/Pedophilia. Biosocial Dimensions.— Springer-Verlag. 1990. — P. 445—463.
Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years//J. Sex Marital. Ther. — 1994 — Vol. 20, N 3. — P. 163—177.
Money J. The conceptual neutering of gender and the criminalization of sex//Arch. Sex Behav. — 1985. — Vol. 14, N 3. — P. 279—290.
Money J., Erhardt A. Man and woman, boy and girl. — Baltimore: Horkins Univ. Press, 1972.
Money J., Lamacz M. Vandalized lovemaps: paraphilic outcome of seven cases in pediatric sexology. — Buffalo, N.Y.: Prometheus Books, 1989.
Monto M., Zgourides G., Wilson J., Harris R. Empathy and adolescent male sex-offenders// Percept. Mot. Skills. — 1994. — Vol. 79, N 3, Pt 2. — P. 1598.
Moreno C., Borod J., Welkowitz J., Alpert M. Lateralization for the expression and perception of facial emotion as a function of age//Neuropsychologia. — 1990. — Vol. 28, N 2. — P. 199—209.
Nilsson A.//British Journal of Medical Psychology. — 1995. — N 68. — P. 287—309.
O'Heron C., Orlofsky J. Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations, gender identity, and psychological adjustment//J. Person. Soc. Psychol. — 1990. — Vol. 581. — P. 134—143.
Oriebeke I., Boomsma D. et al. Elevated sinistrality in transsexuals//Neuropsychologia. — 1991. — Vol. 6, N 4. — P. 351—355.
Palmer St., McMahon G. Handbook of counselling. — London, 1997.
Pithers W. Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders empathy for sexual abuse survivors//Behav. Res. Ther. — 1994. — Vol. 32, N 5. — P. 565—70.

Quadland M. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment//J. Sex Marital. Ther. — 1985. — Vol. 11. — P. 121—132.
Raboch J., Hynek K., Wemischova M. Biological and experimental markers of sexual aggression//Cesk Psychiatr — 1991. — Vol. 87, N1. — P. 8—11.
Rekers G. (Ed.) Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems. — N.Y., 1995.
Ruggieri V., Galati D., Lombardo G. Processi di costruzione dell'immagine corporea. Rapporti con il narcisismo, realta e prospettive in psicofisiologia/Ed. Scientifiche ASPIC. — 1993. — Vol. 5—7. — P. 71—90.
Rutter M. Comorbidity: concepts, claims and choices//Criminal behavior and mental health. — 1997 — Vol. 17, N 4. — P265—286.
Sanfilipo M. Masculinity, femininity, and subjective experiences of depression//J. Clin. Psychol. — 1994. — Vol. 502. — P. 144—157.
Sappington J., Martin J., Smith E., Cowan M. Gender. gender role, and drawing skill// Perc. Mot. Skills. — 1996. — Vol. 82, N 1. — P. 283—288.
Saugstad L. The maturational theory of brain development and cerebral excitability in multifactorially inherited manic-depressive psychosis and schizophrenia//Int. J. Psychophysiol. — 1994. — Vol. 18. — P. 189—203.
Schiff B., Lamon M. Inducing emotion by unilateral contraction of hand muscles//Cortex. — 1994. — Vol. 30, N 2. — P. 247—254.
Schorsch E., Galedary G., Haag A., Hauch M., Lohse H. Perversion als Straftat., Dynamiku; Psychotherapie. — Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York — Tokyo, 1985.
Shim S., Kotsiopulos A. Body cathexis of adult men and women: Effects of age and numbers of children//Perc. Mot. Skills. — 1990. — Vol. 70, N 3. — P. 880—882.
Sigusch V. Transsexueller Wunsch und zissexuelle Abwehr//Psyche. — Stuttg. — 1995. — Vol. 49, N 9—10. — P. 811—837.
Smith D., Saunders B. Personality characteristics of father/perpetrators and nonoffending mothers in incest families: individual and dyadic analyses//Child Abuse Negl. — Charleston — 1995. — N 19. — P. 607—617.
Spence J. Gender-related traits and gender ideology: evidence for a multifactorial theory.— J. Pers. Soc. Psychol. — 1993. — Vol. 64, N 4. — P. 624—635.
Spence J. Masculinity, femininity and gender-related traits: A conceptual analysis and critique of current research//Progress in experimental personality research. — 1984 — Vol. 13. — P. 1—97.
Stevens P. Evolutionary psychiatry. — London, Paris, New York. — 1996.
Stewart S., Taylor S., Baker J. Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity// J. Anxiety Disorders. — 1997. — Vol. 11, N 2. — P. 179—200.
Sugar M. A clinical approach to childhood gender identity disorder//Amer. J. Psychother. — 1995. — Vol. 49, N 2. — P. 260—281.
Szelag E., Fersten E. Recognition of faces expressing emotions in patients with unilateral brain damage//Acta Neurobiol. Exp. (Warsz). — 1991. — Vol. 51, N 3—4. — P. 115—123.
Tiderfors-Anderson I. Sexual Abuse as a Symptom of Mental Suffering. — Goteborg, 1996.
Tkachenko A. Forensic sexology in Russia/Handbook of forensic sexology (Eds. J. Krivacska, J. Money). — N.Y., 1994. — P. 521—540.
Toutin T. Le profilage criminel. — Paris, 2000.
Veeder G. Developing standards for polygraph testing/Lecture at the Colorado Polygraph Association Meeting. — Denver, 1995.
Vingerhoets A., Van Heck G., Grim R., Bermond B. Alexithymia: a further exploration of its nomological network//Psychotherapy & Psychosomatics. — 1995. — Vol. 64, N 1. — P. 32—42.
Wagner E. The hand test. Projectve test used as a predctor of overt aggresson/Psychology Tests. — N.Y., 1971.
Weinberg M., Tronick E., Cohn J., Olson K. Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy//Developmental Psychology. — 1999. — Vol. 35, N 1. — P. 175—188.
Weiss P., Kozmikova T., Urbanek V. Osobnostni charakteristiky muzu s sychogenni erektivni dysfunkci//Ceskoslovenska Psychiatric. — 1995 — Vol. 91, N 3. — P. 162—168.

Williams P., Allard A., Sears L. Case study: cross-gender preoccupations with two male children with autism//J. Autism Dev. Disord. — 1996. — Vol. 26, N 6. — P. 635—642.
Witleson S. Neural sexual mosaicism: Sexual differentiation of the human temporo-parietal region for functional asymmetry//Psychoneuroendocrinology. — 1991. — Vol. 16. — P. 131—153.
Wittling W., Roschmann R. Emotion-related hemisphere asymmetry: subjective emotional responses to laterally presented films//Cortex. — 1993. — Vol. 29, N 3. — P. 431—448.
Wood W., Christensen P., Hebl M., Rothgerber H. Conformities to sex-typed norms, affect, and self-concept//J. Pers. Soc. Psychol. — 1997. — Vol. 73, N 3. — P. 523—535.
Zucker K., Bradley S., Sullivan C. A gender identity interview for children//J. Pers. Assess. — 1993. — Vol. 61, N 3. — P. 443—456.
Zucker K., Green R., Garofano C., Bradley S. et al. Prenatal gender preference of mothers of feminine and masculine boys: relation to sibling sex composition and birth order//J. Abnorm. Child Psychol. — 1994. — Vol. 22, N 1. — P. 1—13.

Руководство для врачей

Андрей Анатольевич Ткаченко,
Георгий Евгеньевич Введенский,
Николай Викторович Дворянчиков

СУДЕБНАЯ СЕКСОЛОГИЯ

Зав. редакцией *Т.П. Осокина*
Редактор *В.С. Афанасьева*
Художественный редактор *С.М. Лымина*
Технический редактор *В.И. Табенская*
Корректор *А.Ф. Матвейчук*

ЛР № 010215 от 29.04.97. Сдано в набор 13.04.2001.
Подписано к печати 14.06.2001. Формат бумаги $70 \times 100^1/_{16}$.
Бумага офс. № 1. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 45,50. Усл. кр.-отт. 45,50. Уч.- изд. л. 50,19.
Тираж 5000 экз. Заказ № 3935.

Ордена Трудового Красного Знамени
издательство «Медицина».
101990, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат».
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.

ISBN 5-225-04637-1

